

“Esta tesis está dedicada a mi familia en especial a Patricia Améstica mi Compañera de vida por su constante apoyo en este largo viaje de Magister, a mis preciosas hijas Constanza y Valentina por ser inspiración de mi crecimiento educativo y también a mi profesora de básica Srta Gloria Tapia por creer en el espíritu de superación de todos sus alumnos”

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi familia por los tiempos y apoyo incondicional, que siempre estuvo ahí para alentar y ayudar.

Agradecer a la Corporación Padre Chango representada por su Presidenta Sra. Sandra Elena López Sáez por permitir realizar el estudio, facilitar todos los contenidos clínicos, también agradecer infinitamente a todos los compañeros de Magister que formamos un equipo de trabajo de apoyo constante y una gran familia, agradecer al equipo docente por los conocimientos entregados siempre con un compromiso responsable y de entrega permanente.

Especialmente a mi profesor Guía Profesor Vicente Muñoz Griffith, por dedicar su lectura a la tesis, entender este mundo de la rehabilitación y apoyar el proceso.

De manera muy especial al Profesor de UGM Psicólogo Víctor Gómez Pino quien estuvo en cada momento, apoyando, dando ánimo, mostrando el camino a seguir.

A mi familia por el constante apoyo y entendimiento de los tiempos de los infinitos viajes a Santiago.

Agradecer a Dios por iluminar mi mente por darme paciencia y la fortaleza de terminar.

Índice

1- Resumen.....	4
2- Introducción	5
3- Formulación del Problema de investigación.....	5-8
4- Justificación a la Necesidad de Evaluación.....	8-9
5- Propósito de la Evaluación.....	10
6- Relevancia del Tema	9-11
7- Objetivo General	12
8- Objetivos específicos	12
9- Antecedentes Teóricos y Empíricos.....	12
10- Marco Legal.....	12-20
11- Marco Sanitario	20-25
12- Antecedentes teóricos de la investigación	25
13- Adolescencia.....	25-30
14- Adolescentes Infractores de ley	32
15- Modelo RNR y evaluación de riesgos de delincuentes	32-33
16- Tratamientos por Consumo Problemático para Infractores de ley	34-35
17- Presentación de evidencia proveniente de estudios empíricos conducidos en el ámbito del problema de investigación.....	35-43
18- La Corporación “Padre Chango”	43-45
19- Modelo Teórico donde se basan los Principios de la Intervención del Programa Residencial Infractores de ley.....	45-48
20- Metodología de Trabajo del Programa Residencial.....	48-52
21- Tipos de intervención y su frecuencia.	52-54
22- Etapas del proceso terapéutico.....	54-56
23- Criterios de egreso.....	56-58
24- Marco Metodológico.....	58
25- Tipo de investigación	58
26- Instrumento.....	59
27- Población y Selección de la Muestra.....	59-60
28- Descripción y procedimiento del estudio.....	60-61
29- Descripción cualitativa de la muestra que se obtiene mediante análisis de fichas clínicas desde el año 2007 al 2017.	61-64
30- Descripción de porcentajes analizados de la muestra.....	64-65
31- Descripción y análisis de resultados de la efectividad en los procesos.	65-66
32- Resultados y análisis conclusivos.....	66-73
33- Conclusiones.....	73-74
34- Bibliografía.....	75
35- Anexos.....	76

1-Resumen

La presente tesis tuvo como objetivo conocer la efectividad de los procesos de tratamiento del consumo problemático de drogas para población adolescente de la red SENDA-MINSAL-SENAME, respecto a la intervención que realizan bajo la aplicación de la Ley N° 20.084 sobre responsabilidad penal adolescente en modalidad residencial entre los años 2007 -2017. Para ello, el marco teórico incluye los temas de: *Adolescencia*, abordando la caracterización de los y las adolescentes mayores de 14 años y menores de 18 años; *Infracción de ley* en esta etapa de desarrollo, haciendo referencia a la Ley N° 20.084 sobre responsabilidad penal adolescente, que aborda esta problemática; *Consumo problemático de drogas* en población adolescente, su abordaje dentro de la ley, así como el abordaje propuesto por el Ministerio de Salud, a través de la Norma Técnica N° 85; y *Redes sociales*, abordando la tarea que tiene la red de salud para el tratamiento del consumo problemático de drogas con la población adolescente infractora de ley.

El diseño de la investigación fue cuantitativo descriptivo correlacional, en tanto que lo que interesó fue dejar que el fenómeno se desplegara en su máxima profundidad, a fin de identificar las variables que inciden en los resultados de esta población de alta complejidad en los tratamientos por la relación droga-delito y que darían respuesta a los objetivos planteados. El análisis se realizó a través de los datos obtenidos de las fichas clínicas en sus diferentes caracterizaciones del perfil del ingreso y sus variables de resultados. De este análisis se pudieron categorizar elementos que aportan positiva y negativamente en los tratamientos , los obstáculos que han existido en la realización del tratamiento bajo el contexto de la ley y los desafíos para la implementación de la Norma Técnica N° 85. En el análisis de la profundización de los datos obtenidos de las fichas clínicas , fue posible dar cuenta de tres aspectos fundamentales : a) La relación de la conducta infractora y el consumo de drogas ; b) La baja efectividad de los resultados en relación al egreso y el tiempo de estadía en el centro; y c) Siendo la droga principal la PBC en más del 50% de los ingresos y el poli consumo de diferentes sustancias afecta de forma negativa en las recaídas y la baja efectividad de tratamiento residencial.

2-Introducción

El 18 de junio del año 2007 entra en vigencia la ley penal 20.084, que establece la responsabilidad penal en Adolescentes entre los 14 y 18 años, y que en su art 7° faculta a los tribunales a la obligación a someterse de forma obligada a tratamiento por consumo problemático de drogas y alcohol.

El Centro de Tratamiento Residencial ONG Corporación Padre Chango de Chillan parte ese mismo día que entra en vigencia la Ley, puesto que nuestro trabajo es de alta complejidad en términos de tratar a personas que están ya en un contexto obligado, de forma voluntaria y además por haber pasado por el circuito de SENAME a muy temprana edad, de las consideraciones más importantes son la relación droga/delito, y la comorbilidad psiquiátrica en algunos casos no compensada.

Mi estudio busca observar el desarrollo y las características del proceso la efectividad en estos últimos 11 años esta acentuado en los resultados y cruce de variables significativas.

3-Formulación del Problema de Investigación

La presente investigación plantea la necesidad de evaluación de resultados de impacto de largo plazo en programas de tratamiento en adicciones, con el fin de establecer si el modelo de intervención en modalidad residencial es atingente a las necesidades de esta población, es por ello que empezaremos con establecer algunas consideraciones de evaluación de este tipo de programas en Chile.

A partir de los años sesenta en Estados Unidos se conocen los primeros antecedentes de evaluación de programas de tratamiento en adicciones, en Chile mientras tanto, una de las primeras experiencias publicadas en evaluación de programas de tratamiento en

adiciones es de la Fundación Hogar de Cristo, en 1999, que midió el grado de reinserción de las personas egresadas de las comunidades terapéuticas y los factores determinantes. Al año siguiente el Consejo nacional para el control de estupefacientes inicia una serie de estudios, a través de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en el contexto del desarrollo de planes de tratamiento en el marco del Convenio CONACE – MINSAL. El primero de ellos es el “Estudio exploratorio de centros de tratamiento”, cuya unidad de análisis fueron los centros de tratamiento. Posteriormente, entre 2002 y 2004 se realizó un estudio de “Evaluación de proceso y resultados de Planes de Tratamiento y Rehabilitación”, donde la unidad de análisis fueron los planes, su implementación y resultados a corto plazo. La evaluación de programas se conceptualiza como “el conjunto de actividades que tienen por objetivo el análisis de la eficacia, utilidad y valor de un tratamiento, actuación o programa concreto aplicado en un contexto social y que permiten dar carácter científico a determinadas decisiones públicas sobre política social”. (Proyecto de asesoría nacional de control de estupefacientes (CONACE 2004. p. 8)

La evaluación realizada considera la recolección y análisis de información en los diferentes momentos y procesos de un programa, que se caracteriza por ser sistemático, ordenado, válido y confiable y cuyo objetivo es tomar decisiones que aumenten la eficacia, disminuyan los costos y permitan planificar nuevas acciones. Existen diferentes tipos de evaluación para ser aplicados de acuerdo a las necesidades de la misma y a la etapa de desarrollo del programa: evaluaciones de necesidades, de proceso o formativas, de resultado, de impacto, de calidad de los servicios, de eficiencia y costo / efectividad, o comparación de diferentes estrategias.

El consumo de drogas y alcohol en Chile es uno de los problemas de salud pública más relevante. Según el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) en su Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile (ENPE 2015), se ha observado un aumento de los consumos, disminución de la percepción de riesgo al uso de sustancias, unido a un contexto social de

relaciones interpersonales precarizado. Lo anterior, reafirma el hecho de un escenario complejo, en el cual la necesidad de articular y coordinar los esfuerzos, para dar respuestas apropiadas son fundamentales, por lo cual es de gran relevancia poner atención a las investigaciones evaluaciones de impacto de los tratamientos que se llevan a cabo en las distintas regiones del país y en sus distintas modalidades de atención.

De acuerdo a la información que proporciona Senda Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación ,los logros alcanzados en nuestro país en los últimos cinco años en materia de estrategias y gestión en tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas, ha permitido generar un desarrollo equilibrado en cobertura y en el mejoramiento continuo de la calidad, con el objetivo de aumentar el impacto en las intervenciones de tratamiento y rehabilitación, lo cual constituye una preocupación ética terapéutica y de las políticas públicas.

La preocupación por el problema de consumo de alcohol en Chile se inicia en los años 1950 –1960, con la instalación de los primeros centros o unidades de desintoxicación y tratamiento y de Grupos de Auto Ayuda. En los años'80, organismos no gubernamentales (ONG's) desarrollaron iniciativas y programas de atención para población vulnerable, y niños y niñas de la calle con consumo de solventes volátiles, además de la instalación de las primeras comunidades terapéuticas.

El Ministerio de Salud, por su parte, elaboró en 1993 la Política y Plan Nacional de Salud Mental, que incluye el Área Prioritaria Beber Problema y Consumo Problemático de Drogas. En 1994, a partir de la promulgación de la Ley de Drogas y la creación de equipos y programas de rehabilitación de personas con problemas de consumo de drogas, se inicia en los 28 servicios de salud del país el tratamiento más específico del consumo problemático de sustancias psicoactivas ilícitas para responder a la demanda de atención de personas con problemas de consumo de drogas. Una de las acciones importantes que expone los principales trabajos realizados por CONACE en el ámbito de evaluación de

tratamiento. Esta acción se inicia con el estudio realizado en 2004 por el equipo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, denominado “Evaluación del proceso de implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación” al que se agrega el Seminario “Evaluación de Programas de Tratamiento en Drogodependencias”, taller de expertos realizado por iniciativa de CONACE en Santiago de Chile, durante enero de 2005; y otros avances logrados a esta fecha.

3.1- Justificación a la Necesidad de Evaluación

Los trastornos de Salud Mental y los problemas asociados al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, constituyen un real problema de Salud Pública, que se asocia a consecuencias negativas en cuanto a morbi-mortalidad, discapacidad y calidad de vida, siendo estos los sistemas de salud que constituyen parte de la respuesta requerida para enfrentar este problema, tanto en la detección, tratamiento y rehabilitación, como en prevención y promoción de salud.

Los sistemas de salud y organizaciones no gubernamentales implementan diversas iniciativas para hacer frente a la problemática de Salud Mental y Adicciones. Es fundamental poder evaluar dichas iniciativas, de forma tal que facilite el desarrollo de servicios apropiados y efectivos en cada contexto que podríamos establecer en estas tres recomendaciones: (Citado de Scharager; Healey; Sapag, 2010),

- 1- Es el proceso de establecer juicios de valor basados en la evidencia sobre un programa o producto (Smith & Glass, 1987) (Citado de Scharager; Healey; Sapag, 2010),
- 2- Es el proceso de proveer de información a los que toman las decisiones (Stufflebeam, 1987). (Citado de Scharager; Healey; Sapag, 2010),

- 3- Es comparar, en un instante determinado, lo que se ha alcanzado mediante una acción, con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa (Espinoza, 1983). (Citado de Scharager; Healey; Sapag, 2010),

3.2- Propósito de la Evaluación

La presente tesis tiene como uno de sus objetivos proporcionar información de la cual se deriven criterios útiles para la toma de decisiones en relación con la administración y desarrollo del programa, proyecto o estrategia a evaluar. El propósito es orientar el programa de acción en sus distintos componentes a través del análisis crítico de sus: objetivos, procesos, resultados e impacto.

La Evaluación como componente del ciclo de programación es una forma de aprendizaje que sirve para mejorar la gestión de proyectos. Proporciona evidencia acerca de la eficiencia (producto por inversión), eficacia (realización de metas u objetivos), impacto (los cambios efectuados), y equidad (distribución equitativa de beneficios entre el grupo meta). También ayuda a asegurar que las responsabilidades para la realización de los objetivos sean compartidas entre todas las partes interesadas en el proyecto

3.3- Relevancia del Tema

La iniciativa de realizar una investigación en la ONG Corporación Padre Chango tiene gran relevancia debido a que no existe una evaluación a 11 años de su implementación del impacto de los tratamientos de los jóvenes infractores de ley con consumo problemático de drogas y/o Alcohol de la Región del Bio Bío, Provincia de Ñuble, que nos muestre resultados de la experiencia a largo plazo.

De acuerdo a una serie de investigaciones tanto nacionales como internacionales se afirma que la población penal presenta una *elevada prevalencia de consumo abusivo de drogas*,

significativamente superior a la de la población general (Andrews y Bonta, 2010 a; CICAD, 2011; CONACE, 2002. En Servicio Nacional Para La Prevención Y Rehabilitación Del Consumo De Drogas Y Alcohol, Senda Nacional, 2014)

No se ha establecido un acuerdo en el debate académico acerca de la relación del consumo de drogas y la comisión de delitos, dado que no existe evidencia científica suficiente que respalde una relación causal directa entre ambos fenómenos. Sin embargo, existen diferentes desarrollos conceptuales que pueden acercarse a la realidad presentada por algunos individuos o grupos particulares, por lo que su pertinencia debe ser considerada en cada caso:

1) El primer grupo de teorías plantea la existencia de una relación de causalidad entre ambos fenómenos, que puede presentarse en dos direcciones: *el consumo de drogas ocasiona la comisión de delitos* (Goldstein, 1985) o bien, la delincuencia ocasiona el consumo de drogas (Bennett, Holloway, Farrington, 2008).

El enfoque de Goldstein plantea tres relaciones posibles: los consumidores problemáticos de drogas recurren a comportamientos ilegales para financiar el consumo de sustancias que no logran costear por medio de actividades legítimas, (*modelo de compulsión económica relacionado principalmente con los delitos contra la propiedad*). A su vez, señala que algunos individuos cometen delitos contra las personas debido a las alteraciones cognitivas crónicas producidas por intoxicación con sustancias psicoactivas (*modelo psicofarmacológico*) y se refiere a los delitos contra las personas que se presentan con frecuencia en el mercado ilegal de las drogas entre individuos que se han involucrado en ese negocio (*modelo de la violencia sistémica*). (Goldstein, 1985), Menard, Mihalic y Huizinga (2001) (Citado de Servicio de Salud Valdivia. 2016.) sostienen que los individuos infractores de ley consumen drogas con fines recreativos para celebrar sus hazañas delictuales

2) El segundo grupo de teorías sostiene que *hay una causa común entre el consumo de drogas y la vida delictual*: factores psicológicos, sociológicos y ambientales. Por ejemplo, la teoría de Gottfredson y Hirschi (1990) (Citado en Servicio de Salud Valdivia. 2016.) sostiene que ni las drogas conducen al delito o viceversa, sino que ambos comportamientos se producen por un bajo auto-control de los individuos.

3) El tercer grupo de teorías argumenta que *no existe un vínculo causal entre el consumo de drogas y la comisión de delitos*, sino que la relación es el resultado de la coexistencia de comportamientos problema, a los que algunos autores han denominado un estilo de vida desviado. Es decir, el consumo de drogas y la infracción de ley son problemas complejos, y para su adecuada comprensión deben considerarse los *factores de riesgo* y *factores protectores* en la vida del individuo.

Respecto al *consumo problemático de alcohol*, específicamente, en el mundo occidental el consumo excesivo de alcohol ha sido asociado a la comisión de delitos violentos. Marteau (2008) (Citado en Servicio de Salud Valdivia. 2016.) indica que el alcohol puede ser un catalizador de la violencia, debido al efecto desinhibidor del comportamiento; por lo que un individuo intoxicado puede estar más propenso a perder el control. También se ha indicado que el *consumo abusivo de alcohol está relacionado con el delito de violencia doméstica* (violencia intrafamiliar) y se ha indicado que el consumo abusivo de alcohol está correlacionado con nuevos eventos violentos en hombres que se encuentran en tratamiento por Violencia Intrafamiliar.

4.- Objetivo General

Describir e identificar las variables que influyen positiva o negativamente en la efectividad de los procesos terapéuticos de los jóvenes infractores de ley que realizaron tratamiento por consumo problemático de drogas y/o alcohol en el Centro de Tratamiento y rehabilitación ONG Corporación Padre Chango ubicado en la región del Bio Bio entre los años 2007 y 2017.

4.1- Presentación de Objetivos Específicos

- 1- Describir la Operación Terapéutica en relación daño biopsicosocial de la población a estudiar.
- 2- Examinar las fichas de egreso al momento del alta Terapéutica o Administrativa.
- 3- Determinar la temporalidad de duración de los procesos en los adolescentes en los últimos 11 años.
- 4- Determinar la correlación de las variables de que influyeron en la efectividad de los procesos terapéuticos

5.- Antecedentes Teóricos y Empíricos:

5.1- Marco Legal

El marco legal se sustenta a partir de los argumentos jurídicos relacionados con el uso, el abuso sustancias y la comisión de delitos de los adolescentes infractores de ley, y las perspectivas desde las cuales se han desarrollado los acuerdos normativos. Este marco comprende la intervención de instancias internacionales, así como una serie de acuerdos

normativos de orden nacional, presentados en orden cronológico. Estos elementos son de vital importancia para el desarrollo de la presente investigación ya que permiten contextualizar la mirada desde el ámbito jurídico en el que se ha construido sobre el consumo de sustancias psicoactivas y su apropiación desde la intervención.

Los argumentos jurídicos plantean que la ley, es decir, “el ejercicio de la autoridad que define las normas reguladoras de la acción humana, es pública, legisla aquellas conductas que están permitidas, prohibidas y limita, de esta forma, el libre albedrío para garantizar con ello el orden social establecido (Álzate, 2009). En este orden de ideas, se presentarán las normas jurídicas que sustentan el consumo de sustancias psicoactivas y la manera como se van a tratar sus diferentes implicaciones sanitarias, sociales y jurídicas en este trabajo.

Es importante señalar el contexto en que se estipulan los tratamientos de acuerdo a que el 8 de junio de 2007 entró en vigencia en Chile la Ley N° 20.084 que establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal, complementada por su Reglamento de 13 de diciembre de 2006. Con la entrada en vigencia de la Ley N° 20.084 el Estado de Chile cumplía con una importante deuda pendiente con la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño: contar con un sistema penal especializado para adolescentes infractores de ley. Con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N° 20.084, el Estado de Chile trataba a aquellos adolescentes entre los 16 y los 18 años como sujetos de un juicio de discernimiento. En base a este proceso de determinación de su capacidad para distinguir entre el bien y el mal, los adolescentes podían pasar a ser procesados y juzgados en conformidad al proceso penal de adultos o, en caso contrario, ser objeto de medidas de control por parte de los Jueces de Menores o de Familia. Dicho tratamiento implicaba la aplicación del derecho y procedimiento penal de adultos a niños entre 16 y 18 años de edad que hubieran obrado con discernimiento o la utilización de medidas de protección determinadas por jueces de Menores o de Familia, sin seguir las reglas básicas del debido proceso. Con el objeto de cumplir con las

recomendaciones hechas por el Comité de Derechos del Niño, el Estado de Chile creó un sistema especial para conocer, juzgar y sancionar las infracciones a la ley penal cometidas por adolescentes, definidos en la Ley N° 20.084 como aquellas personas mayores de 14 y menores de 18 años de edad. Se establecía en Chile, de este modo, un sistema penal especial basado en el pleno reconocimiento de la capacidad penal y los derechos procesales de los adolescentes infractores de ley y, al mismo tiempo, las particularidades propias de su desarrollo, manifestadas en reglas especiales orientadas a su protección integral

El Artículo 2° que menciona el Interés superior del adolescente. En todas las actuaciones judiciales o administrativas relativas a los procedimientos, sanciones y medidas aplicables a los adolescentes infractores de la ley penal, se deberá tener en consideración el interés superior del adolescente, que se expresa en el reconocimiento y respeto de sus derechos. También es relevante el Artículo 6°.- que habla de sanciones y sustitución de las penas contempladas en el Código Penal y en las leyes complementarias, a las personas condenadas según esta ley sólo se les aplicará la siguiente Escala General de Sanciones Penales para Adolescentes: que son, Internación en régimen cerrado con programa de reinserción social, Internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social, Libertad asistida especial; Libertad asistida; Prestación de servicios en beneficio de la comunidad; Reparación del daño causado; Multa, y Amonestación. Las Penas accesorias son la prohibición de conducción de vehículos motorizados, y Comiso de los objetos, documentos e instrumentos de los delitos según lo dispuesto en el Código Penal, el Código Procesal Penal y las leyes complementarias. El artículo 7°.- es la Sanción accesoria donde el juez estará facultado para establecer, como sanción accesoria a las previstas en el artículo 6° de esta ley y siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamientos de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol.

El artículo 13 nos da a conocer la sanción de libertad asistida consiste en la sujeción del adolescente al control de un delegado conforme a un plan de desarrollo personal basado en programas y servicios que favorezcan su integración social donde la función del delegado consistirá en la orientación, control y motivación del adolescente e incluirá la obligación de procurar por todos los medios a su alcance el acceso efectivo a los programas y servicios requeridos. El control del delegado se ejercerá en base a las medidas de supervigilancia que sean aprobadas por el tribunal, que incluirán, en todo caso, la asistencia obligatoria del adolescente a encuentros periódicos previamente fijados con él mismo y a programas socioeducativos. Para ello, una vez designado, el delegado propondrá al tribunal un plan personalizado de cumplimiento de actividades periódicas en programas o servicios de carácter educativo, socio-educativo, de terapia, de promoción y protección de sus derechos y de participación. En él, deberá incluir la asistencia regular al sistema escolar o de enseñanza que corresponda. Podrán incluirse en dicho plan medidas como la prohibición de asistir a determinadas reuniones, recintos o espectáculos públicos, de visitar determinados lugares o de aproximarse a la víctima, a sus familiares o a otras personas, u otras condiciones similares. La duración de esta sanción no podrá exceder de tres años y el artículo 14 nos da a conocer la modalidad de libertad asistida especial donde deberá asegurarse la asistencia del adolescente a un programa intensivo de actividades socioeducativas y de reinserción social en el ámbito comunitario que permita la participación en el proceso de educación formal, la capacitación laboral, la posibilidad de acceder a programas de tratamiento y rehabilitación de drogas en centros previamente acreditados por los organismos competentes y el fortalecimiento del vínculo con su familia o adulto responsable.

En la resolución que apruebe el plan, el tribunal fijará la frecuencia y duración de los encuentros obligatorios y las tareas de supervisión que ejercerá el delegado. La duración de esta sanción no podrá exceder los tres años.

La especialización de la justicia penal para adolescentes según el artículo 29 es donde los jueces de garantía, los jueces del tribunal de juicio oral en lo penal, así como los fiscales adjuntos y los defensores penales públicos que intervengan en las causas de adolescentes, deberán estar capacitados en los estudios e información criminológica vinculada a la ocurrencia de estas infracciones, en la Convención de los Derechos del Niño, en las características y especificidades de la etapa adolescente y en el sistema de ejecución de sanciones establecido en esta misma ley. No obstante, todo fiscal, defensor o juez con competencia en materias criminales se encuentra habilitado para intervenir, en el marco de sus competencias, si, excepcionalmente, por circunstancias derivadas del sistema de distribución del trabajo, ello fuere necesario. En virtud de lo dispuesto en los incisos precedentes, los comités de jueces de los tribunales de garantía y orales en lo penal considerarán, en el procedimiento objetivo y general de distribución de causas, la radicación e integración preferente de quienes cuenten con dicha capacitación. Cada institución adoptará las medidas pertinentes para garantizar la especialización a que se refiere la presente disposición. De igual forma la capacitación de las policías como lo menciona el Artículo 30.-Las instituciones policiales incorporarán dentro de sus programas de formación y perfeccionamiento, los estudios necesarios para que los agentes policiales cuenten con los conocimientos relativos a los objetivos y contenidos de la presente ley, a la Convención de los Derechos del Niño y a los fenómenos criminológicos asociados a la ocurrencia de estas infracciones. El mismo artículo 2 de esta Ley hace presente en todas sus materias Interés superior del adolescente. En todas las actuaciones administrativas relativas a los procedimientos, sanciones y medidas aplicables a los adolescentes infractores de la ley penal, se deberá tener en consideración el interés superior del adolescente, que se expresa en el reconocimiento y respeto por sus derechos. En la aplicación del presente reglamento, las autoridades tendrán en consideración todos los derechos y garantías que les son reconocidos en la Constitución, en las leyes, en la Convención sobre los Derechos del Niño y en los demás instrumentos internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes. *Concordancias: Convención sobre los Derechos del Niño: Art. 3 N° 1; Ley N° 20.084: art. 2*

En el marco de la intervención la ley según artículo 25 señala que el tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas en adolescentes infractores de ley, es sólo una parte de su proceso global de inserción social y debe, cuando corresponda, enmarcarse dentro del Plan de Intervención Individual aprobado judicialmente y desarrollado por los equipos a cargo de la sanción principal. Para ello, deberán establecerse sistemas de coordinación con los equipos involucrados en el proceso de intervención y reinserción social del adolescente. La atención clínica debe efectuarse mediante un abordaje biopsicosocial, en modalidad preferentemente ambulatoria, con enfoque integral comunitario, debe asegurar la continuidad del tratamiento, ser realizada por un equipo interdisciplinario, articulada, cuando corresponda, con el plan de intervención individual de la sanción principal y ser evaluada periódicamente. El tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, y de cualquier otro trastorno de salud mental que el adolescente presente debe tratarse en forma conjunta e integrada por el mismo equipo clínico.

En el trabajo con el adolescente y, especialmente en la primera entrevista, se procurará la presencia de los padres, del adulto responsable de su cuidado u otro familiar que apoye su proceso de tratamiento. Los aspectos técnicos del diagnóstico y tratamiento serán regulados por la normativa sanitaria correspondiente. *Concordancias: Convención sobre los Derechos del Niño: Art. 33.* Los encargados de desarrollar estos programas deberán contar con una formación profesional compatible señalado en el artículo 26, así como experiencia práctica. Además, el personal deberá recibir una formación que le permita desempeñar sus funciones de manera especializada; especialmente respecto de los nuevos estudios sociales de infancia y las peculiaridades del desarrollo adolescente, las culturas juveniles, los criterios y normas internacionales de derechos humanos y derechos del niño, el enfoque de género, el proceso penal adolescente y la información criminológica vinculada a la ocurrencia de infracciones juveniles a la ley penal, entre otros contenidos relevantes. Cada uno de estos programas estará a cargo de un director que será el responsable de su ejecución técnica y administrativa, debiendo estar debidamente

calificado para su función por su capacidad de gestión, formación adecuada y experiencia en la materia.

Concordancias: Convención sobre los Derechos del Niño: Art. 3, 4, 40 N° 3; Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad: Regla 81 y 85; Reglamento Ley N° 20.084: Art. 155, 42, 94; Ley N° 20.084: Art. 29, 30.

La relación con el adolescente dicho en el artículo 27 se enmarca entre la institución o programa que desarrolle el tratamiento y el adolescente, deberá favorecerse un vínculo basado en la empatía, la colaboración y en la claridad de los límites que impone la función ejercida por el profesional. El adolescente deberá ser informado de las normas de funcionamiento de la institución o programa, de las particularidades de su plan de intervención, de las consecuencias de su incumplimiento y de la responsabilidad que le cabe a la institución o programa en cuanto a informar acerca de su situación. Deberá explicitarse que aquella información que el adolescente entrega a los miembros del equipo profesional podrá ser expuesta en un informe, o en su defecto ser explicitada en el contexto de una audiencia oral, sin perjuicio de que aquella información que sea entregada en términos confidenciales estará resguardada por las normas del secreto profesional.

El orden y la Organización de servicios que menciona el artículo 28 de la ley penal adolescente hacia los dispositivos públicos y privados que brinden atención a los adolescentes infractores con sanción en medio libre, deberán ser parte de la red de prestadores debidamente acreditada del Servicio de Salud respectivo en la región en que se ubique el adolescente infractor cumpliendo su sanción, y por lo tanto, se encuentre dentro de sus funciones otorgarla atención clínica que estos demanden. Con relación a las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía ubicados al interior de los centros privativos de libertad, la autoridad sanitaria regional deberá otorgar la debida autorización para la operación de dicha unidad clínica. El Servicio de Salud en conjunto con los prestadores establecerá mecanismos de coordinación y articulación de modo de facilitar el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención. Ella misma nos da a conocer en el artículo 29

lo relacionado a los programas y la sanción accesoria establecida en el artículo 7° de la Ley N° 20.084 será desarrollada por los programas, servicios e instituciones que correspondan, bajo la asesoría del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes y del Ministerio de Salud, respectivamente, según determine el tribunal y en conformidad a la resolución exenta N° 391, de 2006 y la normativa sanitaria pertinente. *Concordancias: Ley N° 20.084: Art. 7.* Ellas poniendo énfasis en el registro de cada Programa para dar cumplimiento del art 30, y en el artículo 42 de la Ley N° 20.084, el Ministerio de Justicia coordinará con el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes la remisión de un informe trimestral sobre los programas vigentes en cada comuna, los cuales deberán registrarse conforme a lo dispuesto en el artículo 40 de este reglamento. El Ministerio de Justicia adoptará las medidas pertinentes tendientes a determinar el formato y el medio de envío de la información antes referida. *Concordancias: Convención sobre los Derechos del Niño: Art. 33.* El plan de intervención individual que contemple tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas o alcohol, deberá incluir: señalado en el art 31 objetivos terapéuticos de calidad y alto estándar de complejidad, metas terapéuticas y plazos definidos, consentimiento informado del adolescente y su familia o adulto responsable de su cuidado, cuando corresponda, Contrato terapéutico concordado con el adolescente y su familia, u otro según corresponda, Procedimientos terapéuticos y de rehabilitación con énfasis en la modificación de cada una de las áreas problema identificadas, los que deberán quedar debidamente registrados en ficha clínica el desarrollo del Plan (avances, estancamiento, recaídas y retrocesos) deberá ser evaluado por el equipo tratante en forma periódica con el delegado y el equipo de libertad asistida o equipo psicosocial del centro privativo de libertad, según corresponda y debidamente registrado sus resultados.

También todas las acciones terapéuticas clínicas y psicosociales realizadas al adolescente, su familia o a adulto responsable de su cuidado, deberán ser debidamente registradas en la ficha clínica única. Estas serán confidenciales y sólo estarán disponibles para las reuniones clínicas, auditoría clínica y evaluación que el sistema implemente para

monitorear la calidad técnica de la atención otorgada al adolescente, sin perjuicio del cumplimiento de las regulaciones pertinentes y el equipo clínico tratante deberá emitir informes al juez, según la periodicidad que éste determine. En subsidio de dicha determinación, deberían remitirlos bimensualmente desde el ingreso del adolescente es importante realizar un plan de seguimiento no inferior a un año desde su egreso dicho plan incluirá el trabajo conjunto entre el equipo tratante en coordinación con el equipo psicosocial del programa o centro donde cumpla la sanción principal, el que deberá prever los recursos necesarios para dar cumplimiento a este periodo coincidente con la reinserción del adolescente.

5.2- Marco Sanitario

En el marco sanitario es la SEREMI de salud quien indica una serie de estipulaciones para el funcionamiento del centro de tratamientos y dan a conocer el reglamento y artículos relevantes para el óptimo funcionamiento que realizaremos el estudio en efectividad de los tratamientos dentro de los cuales podemos relevar lo siguiente:

Lo dispuesto en los artículos 129 y 130 del Código Sanitario aprobado por el decreto con fuerza de ley N° 725 de 1967, del Ministerio de Salud y teniendo presente: las facultades que me confiere el artículo 32 N° 6 de la Constitución Política del Estado, dicto el siguiente:

Decreto: Apruébese el siguiente Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas.(Dto N° 4 2009)

El artículo 1 del marco sanitario dice que se entenderá por Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, a un establecimiento público o privado especializado, que brinda atención

ambulatoria o residencial, a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol o a sustancias psicoactivas, tales como estupefacientes o psicotrópicos, asociado o no con alcohol. Estos Centros solo podrán admitir el ingreso de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas que voluntariamente, en forma espontánea o referida, se incorporen a un programa de tratamiento y rehabilitación ambulatoria y/o residencial referido en el artículo 2 explicita que el ingreso de urgencia no voluntario en los términos aludidos por el artículo 13 del decreto supremo N° 570 de 1998, del Ministerio de Salud, Reglamento para la Internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan también el ingreso administrativo aludido en el artículo 14 del Reglamento citado en la letra precedente y el ingreso judicial referido en el artículo 15 del ya citado decreto supremo. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, podrá admitirse el ingreso a tratamiento de personas con sanciones o medidas judiciales tales como la pena accesoria de tratamiento de drogas señalada en ley N° 20.084, sobre Responsabilidad Penal Adolescente o la suspensión condicional de procedimiento con condición de tratamiento, siempre que ellas no revistan condiciones de peligrosidad para sí o para terceros.

Considerando el carácter voluntario de la atención, en estos Centros no se podrán realizar los siguientes tipos de ingresos: de urgencia no voluntario en los términos aludidos por el artículo 13 del decreto supremo N° 570 de 1998, del Ministerio de Salud, Reglamento para la Internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan al igual que el ingreso administrativo aludido en el artículo 14 del Reglamento citado en la letra precedente y el ingreso judicial referido en el artículo 15 del ya citado decreto supremo.

Para otorgar este tipo de tratamiento según artículo 3, sea en forma ambulatoria o residencial, el Centro deberá contar con los siguientes documentos:

1. Programa de Tratamiento y Rehabilitación del Centro que conste por escrito y esté disponible para el conocimiento de las personas que ingresan y sus familiares, así como para efectuar las acciones de supervisión y asesoría del Ministerio de Salud.
2. Plan individual de tratamiento y rehabilitación por cada uno de los usuarios del Centro, contenido en la ficha clínica correspondiente. Este plan debe incluir el consentimiento informado del usuario, mediante el cual declara conocer y aceptar las condiciones del programa y el contrato terapéutico o instrumento mediante el cual la persona y el Director Técnico del Centro suscriben los compromisos que ambos asumen para el logro de los objetivos perseguidos.
3. Ficha u hoja clínica o carpeta individualizada que registre la evolución actualizada del proceso terapéutico y el seguimiento de cada usuario.
4. Informe de evaluación final al momento del alta.
5. Documento de organización y funcionamiento interno.
6. Registro estadístico actualizado y continuo con los datos relativos a la atención, evolución y alta de usuarios.
7. Material de consulta que incluya la normativa regulatoria del Ministerio de Salud para trastornos mentales, incluido el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas, que esté disponible en la página web de dicha Secretaría de Estado.
8. Procedimiento explícito para facilitar condiciones de acceso a atención médica general ambulatorio y de urgencia.
9. Nómina de establecimientos de la especialidad de psiquiatría o salud mental a los cuales podrán ser referidas las personas en el caso que fuere procedente, con indicación de sus mecanismos de referencia y contrarreferencia.

10. Plan de emergencias y de prevención de riesgos que incluya los procedimientos de evacuación y uso y control de la vigencia de extintores para casos de accidentes y emergencias, el que debe ser conocido por el personal y usuarios

El artículo 14 establece que el establecimiento deberá contar con personal idóneo, con conocimiento y experiencia en el tema y en número suficiente para llevar adelante, adecuada y permanentemente, los programas terapéuticos y de rehabilitación, cuya nómina estará incluida en el documento a que se refiere el N° 5 del artículo 3°.

Los profesionales y técnicos, con experiencia en el tratamiento y rehabilitación en esta área, que pueden formar parte del equipo terapéutico son: Asistente Social; Psicólogo; Médico general; Médico especializado en Psiquiatría; Terapeuta Ocupacional; Enfermera; Técnicos en Rehabilitación; Cuidadores y Monitores y se requiere que cada equipo cuente a lo menos con Médico, Psicólogo y dos profesionales adicionales de diferentes profesiones, según lo expuesto en el artículo 18.

Es importante que la relación mínima permanente entre técnico-profesionales con usuarios, en la modalidad ambulatoria deberá ser de 1,2 por cada 10 usuarios conforme al horario de funcionamiento, indicado en el artículo 18 de la ley sanitaria dice que la relación mínima permanente entre técnico-profesionales con usuarios, en la modalidad residencial deberá ser de 2 por cada 15 usuarios (durante 24 horas al día y 7 días de la semana).y en el caso de ejecutar programas de tratamiento y rehabilitación para personas con trastornos mentales severos concomitantes, la relación mínima permanente entre técnico-profesionales con usuarios deberá ser de 2 por cada 10 usuarios en la modalidad ambulatoria y de 3 por cada 10 usuarios en la modalidad residencial. Además, el personal profesional, técnico y administrativo debe haber recibido una capacitación mínima de 24 horas sobre la atención de personas con trastornos mentales severos.

Se establece que el derecho de las personas a su ingreso nos indica el artículo 19, a pactar un programa individual de tratamiento y rehabilitación que considere objetivos, metas y plazos. No se someterá a ningún usuario a restricciones físicas o a reclusión involuntaria. El Programa de Tratamiento y Rehabilitación no podrá impedir la iniciación o continuación de tratamientos médicos que se estimen necesarios para otras enfermedades, asociadas o no con los problemas de consumo de alcohol y drogas, ya sea que éstos se verifiquen dentro o fuera del Centro. En el caso de ejecutarse programas de tratamiento y rehabilitación para personas con trastornos mentales concomitantes, la persona no deberá representar un riesgo para sí misma o para terceros, debiendo ser atendidos regularmente por profesionales y técnicos competentes en el manejo de estos tratamientos. Para ello se deberá contar con un sistema de registro de los medicamentos de cada persona y de su administración respectiva, siendo su uso adecuado de responsabilidad de la Dirección Técnica del establecimiento.

Si la enfermedad mental concomitante requiriere, a juicio del médico tratante, de tratamiento en sistemas de internación psiquiátrica, ésta deberá efectuarse en un establecimiento autorizado para tal efecto.

Tanto las personas en tratamiento, como sus familiares autorizados por éstas, tienen derecho a ser informadas acerca de la naturaleza y contenido del programa de tratamiento y rehabilitación, así como de los riesgos y beneficios esperados y de los motivos que fundamentan su eventual suspensión.

En el caso que el programa de tratamiento y rehabilitación contemple la realización de actividades de tipo laboral en el establecimiento, éstas serán voluntarias para los usuarios y con una remuneración acorde con el nivel de ingresos que le reporte al establecimiento. Todas las personas que se encuentren en tratamiento y rehabilitación en modalidad residencial, tendrán derecho a la recreación y a contar con espacios para ello. Asimismo, deberán contar con un espacio que les permita privacidad si así lo requieren, de acuerdo a

las condiciones y recursos del Centro. Las personas podrán recibir visitas en el Centro de acuerdo a la etapa del Plan Terapéutico en la cual se encuentren señalado en artículo 22, Se deberá respetar la libre voluntad de renunciar al programa terapéutico, tanto en su modalidad ambulatoria como residencial. En el caso que un usuario presente un episodio de riesgo vital inminente para sí mismo o terceros, el equipo terapéutico deberá mantener a esta persona en el establecimiento por un tiempo máximo de 72 horas o hasta que sea evaluado por un médico o que miembros de su red de apoyo se hagan responsables de su cuidado.

Indicado en el artículo 25 que corresponderá a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en sus respectivos territorios de competencia supervisar el funcionamiento de los establecimientos ubicados en éste y fiscalizar el cumplimiento del presente Reglamento. La contravención de sus disposiciones será sancionada por la misma autoridad, de acuerdo a lo dispuesto en el Libro Décimo del Código Sanitario y el Artículo 26 indicando que derogarse el decreto supremo N° 2.298, de 10 de octubre de 1995, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de fecha 5 de febrero de 1996, que aprobó el Reglamento para los establecimientos de rehabilitación de personas dependientes de sustancias psicoactivas a través de la modalidad comunidad terapéutica y para el ejercicio de la actividad de técnico en rehabilitación de personas con dependencia a drogas. (Ministro de Salud. DTO N°4.2009)

5.3- Antecedentes teóricos del problema de investigación.

5.3.1- Adolescencia

El concepto de “menor” se circunscribe, en coherencia con el ámbito legislativo, al tramo de edad que va desde los 14 a los 18 años. No obstante, hemos de señalar que en la mayoría de los Programas revisados se amplía el tramo hasta los 22.

Este segmento de edad viene a coincidir con la etapa evolutiva de la adolescencia, aunque no existe una unanimidad doctrinal a la hora delimitar los distintos momentos en que

evoluciona el adolescente. A efectos de este trabajo hemos decidido seguir el criterio de Horrocks (1984) quien destaca en la evolución de la adolescencia tres subperíodos: temprana, media y tardía.

La adolescencia temprana o preadolescencia se extendería de los 11 a los 13 años, la adolescencia media de los 14 a los 16 años, y la adolescencia tardía de los 16 y rondando los 20. El foco de este trabajo se centra en los períodos de la adolescencia media y tardía, es decir, en el tramo de edad desde los 14 a los 20 años.

Entendemos por adolescencia el período de desarrollo humano (hoy prolongado en el tiempo) que se inicia al finalizar la infancia con la pubertad y termina en la etapa adulta. El niño ha abandonado la niñez, pero aún no se ha desarrollado como persona adulta. Se trata, por tanto, de una etapa de transición llena de ambigüedades e incertidumbres.

El sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura.

No olvidemos que en esta etapa evolutiva, el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, sino fijados, al menos orientados y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que los llevará a tratar de independizarse de sus padres y buscar su propia identidad.

Antes de pasar a señalar algunas características definitorias de esta etapa, consideramos importante destacar tres aspectos:

1. Además de ser transitoria, se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante. Es un proceso en el cual hay una dinámica evolutiva, que se da en un marco social e histórico concreto. Como señala Funes J. (1998) “en este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de los cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras y otras problemáticas”.

2. Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva. En este sentido, podemos afirmar que no existe “el adolescente” sino “los adolescentes”, ya que cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelve, es decir, espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente. En la aproximación a la problemática de los menores consumidores de drogas aceptamos, como punto de partida, que el sujeto se desarrolla en interacción con su medio ambiente. Este desarrollo, vivido como transición, es más efecto de variables ambientales que de variables estrictamente ligadas al crecimiento físico, lo que hace que no podamos hablar de una sola adolescencia, sino de una pluralidad de adolescencias. Como expresa R. Zazzo (1972).

“la adolescencia verdadera no existe y no se puede observar más que en su medio”.

3. Los adolescentes expresan sus dificultades y conflictos normalmente en términos sociales. Gran parte de las dificultades con que se encuentra un adolescente en su proceso evolutivo, suelen expresarse de manera social, es decir, desembocan en conductas y en comportamientos problemáticos en el área social: conductas de gamberrismo, actuaciones arriesgadas, afirmación mediante la transgresión de las normas en vigor, demostración de la diferencia asumiendo estilos de vida poco integrados, etc...

5.3.2- Características evolutivas de la Adolescencia

Algunas de estas características, convierten a la etapa adolescente en un período de especial vulnerabilidad con relación al consumo de drogas, por supuesto dependiendo de la intensidad con que se manifiesten algunos de los rasgos adolescentes y con el manejo adecuado/inadecuado que de los mismos realicen los sujetos. No es casualidad, que el inicio del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, tenga lugar precisamente y en su mayor parte en esta etapa de la vida.

Podríamos considerar que el período crítico para la experimentación inicial con una o más sustancias psicoactivas comprende desde el comienzo hasta mediados de la adolescencia (Botvin, 1996), Ahora bien, el que este consumo experimental u ocasional, sea algo

transitorio y anecdótico en la vida de un adolescente o se convierta en un consumo problemático que dificulte su maduración y desarrollo personal, va a depender de cómo el menor maneje la situación, lo cual vendrá determinado por un entramado de factores de riesgo y factores de protección presentes en sus recursos personales y en su realidad social. En conclusión, algunas de las características evolutivas propias de la adolescencia pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en este momento vital. Pasemos a destacar las más relevantes:

5.3.4- Necesidad de reafirmación

La formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, junto a ella se produce una tendencia a preocuparse en exceso de su imagen y por cómo son percibidos por los demás. Muchas veces, esa imagen pública puede ser perseguida activamente, involucrándose en conductas asociadas con esa imagen.

Los adolescentes necesitan reafirmar su identidad y para ello han de compartir unos “ritos” específicos. La gestación de las identidades grupales adolescentes ha estado asociada con una serie de “ritos” y está en la actualidad íntimamente ligada a los ritos propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo del alcohol y de otro tipo de drogas, utilizadas como objetos/sustancias iniciáticas generadoras de vínculos sociales. Estos consumos forman parte de los propios ritos iniciáticos de la condición del “ser joven” en nuestra sociedad. (Conde F. 1997)

Reivindican una identidad que no alcanzan por su procedencia social o su actividad laboral y por lo tanto la buscan en el ambiente de lo festivo y el movimiento estereotipado del fin de semana.

A la vez que el consumo les confiere identidad frente a los adultos, también les proporciona símbolos propios, que redundan en el sentido de pertenencia grupal e identidad frente a otros grupos de jóvenes, incorporándose en determinadas subculturas juveniles.

5.3.5 Necesidad de transgresión

Entre estos rasgos que confirman su condición de adolescentes, se encuentran también la rebeldía y la transgresión.

El problema para los adolescentes actuales es que no les hemos dejado siquiera espacio para la transgresión. El conflicto generacional apenas es perceptible, pues para transgredir se necesita que alguien esté dispuesto a ofenderse, ya sea en lo militar, en lo civil, en lo político, en lo familiar, en lo sexual etc.

Los padres de los adolescentes actuales, a fuerza de querer ser liberales, han perdido la capacidad de indignación con sus hijos quedándose estos sin muñeco contra el que tirar sus dardos. Como señala Marina J.A. (2001). “se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden de los valores... y ahora no encuentra ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta”.

Hay incluso quien dice que la capacidad de “tragar” que tiene la sociedad de la indiferencia es tal que la transgresión es imposible para la generación del milenio.

En este contexto, el espacio de la transgresión para nuestros adolescentes parece reducirse a muy pocos aspectos, uno de ellos es el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus tiempos y espacios de ocio. Creen que están contraviniendo el orden social establecido y lo viven como un acto de provocación frente al mundo adulto y sus normas.

5.3.6- Necesidad de conformidad intra-grupal

El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental para el adolescente. Sirve como refugio del mundo adulto en el que pueden explorar una gran variedad de

papeles. No extraña, por consiguiente, que la experimentación precoz con el tabaco, el alcohol y otras drogas tenga lugar dentro del grupo de iguales.

El adolescente adquiere una mayor orientación social y dependencia de sus amigos del grupo y se observa una mayor tendencia a la conformidad con el mismo.

Si el menor se relaciona y se inscribe en un grupo con actitudes positivas y proclives al consumo de drogas, donde éste ocupa una función importante (diversión, experimentación de sensaciones nuevas, transgresión, signo de identidad grupal, escapar de las tensiones o los problemas...) le será muy difícil resistir la presión del grupo.

No obstante, conviene apuntar que la vulnerabilidad a la presión de grupo, vienen modulada en gran medida por los recursos personales del menor, tales como la autoestima, asertividad, capacidad de enfrentarse a los conflictos típicos, habilidades sociales, etc.

5.3.7 Sensación de invulnerabilidad

La conducta temeraria de los adolescentes se produce por dos de las principales condiciones que se incrementan en esta edad: el egocentrismo y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia (Arnett, 1992). El egocentrismo del adolescente y su necesidad de diferenciación le llevan a construir lo que se ha denominado “la fábula personal” (Díaz-Aguado M^a J.1996). Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente, ni sería capaz de entenderlas. Esta circunstancia puede alimentar en mayor medida la sensación de invulnerabilidad respecto a los efectos perjudiciales de las drogas, ya que se produce una distorsión cognitiva que les hace creer que las consecuencias negativas más probables de sus conductas de riesgo no pueden sucederles a ellos, porque ellos son especiales.

Por otro lado, suelen ser poco receptivos a determinados mensajes de salud que les advierten del peligro de las drogas, ya que se sienten envueltos en una coraza personal que les protege mágicamente de todos los peligros. Se sienten en un período pletórico de salud, de vitalidad, y por tanto, las advertencias sobre los efectos de las drogas sobre su salud, en numerosos casos, no se tienen en consideración.

Si además de todo esto, los adolescentes han tenido experiencias positivas previas con el consumo de drogas, tal experiencia pondrá en entredicho los mensajes “atemorizantes” que recibieron y su sentimiento de invulnerabilidad se verá aún más reforzado; “yo controlo”.

5.3.8 El rechazo a la ayuda del adulto

El niño/a suele reclamar la presencia de los adultos encargados de su cuidado ante situaciones que podrían representar una amenaza para su seguridad, aceptan la protección y ayuda que necesitan. Por el contrario, la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente, le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentarse a conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior. Las advertencias sobre los riesgos que provienen de los adultos, normalmente, caen en saco roto.

5.3.9- Susceptibilidad frente a las presiones del entorno

Los adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas sofisticadas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas (tanto legales como ilegales) con una determinada imagen. “Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas... pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias” (Botvin, 1995).

5.4- Adolescentes Infractores de ley

Los contextos adversos, dado por historias de carencia, abuso y malos tratos, la infracción de ley, el consumo de sustancias, problemas de salud mental en la familia, pareciera incidir en la construcción de identidad mediante un proceso dinámico, en el cual la persona en desarrollo integra el medio social como un espacio de referencia por el cual se juzga a sí mismo, siendo a su vez, el medio externo con el cual se contrasta y se evalúa, permitiendo dar significado y consistencia a la interacción. La construcción social de un joven infractor de ley se relaciona en diferentes niveles con otras construcciones como pobreza, consumo de drogas, vulnerabilidad social y exclusión creando una situación de alta complejidad social. (Larraín.J, 2001).

La población adolescente que presenta conducta infractora tempranamente, señala la edad de los 15 años como su primera presentación ante la justicia. Según el estudio realizado por SENAME (2006), existirían al menos tres factores influyentes en el comienzo del delito a saber: La salida del hogar materno a temprana edad, el consumo de drogas y el grupo de pares que también consumen o delinquen. Así también la ausencia de integración en el ámbito educativo y laboral, el historial de fracaso escolar, la afiliación y compromiso con grupos de pares involucrados en actividades delictivas, la trayectoria de vida vinculada con instituciones formales de control social, sumado a rasgos individuales de personalidad, asociados a problemas para establecer adecuados soportes sociales, son indicados como parte de los factores comprometidos en trayectorias delictivas de los adolescentes. (Universidad Católica de Chile. Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley.2007)

5.5- Modelo de riesgo-respuesta-respuesta y evaluación de riesgos de delincuentes.

El principio de riesgo establece que la reincidencia del delincuente puede reducirse si el nivel de los servicios de tratamiento proporcionados al delincuente es proporcional al riesgo de reincidencia del delincuente. El principio tiene dos partes: 1) nivel de

tratamiento y, 2) riesgo de reincidencia del ofensor. Reservaremos nuestra discusión sobre el tratamiento del delincuente para más adelante, pero aquí nos centramos en el riesgo del delincuente de reincidir.

Como revisamos anteriormente, el comportamiento criminal se puede predecir de una manera confiable más allá de la capacitación especializada y la experiencia (el debate del juicio actuarial frente al juicio profesional). También sabemos que con la tercera y cuarta generación de instrumentos de evaluación de riesgos, nuestra capacidad para predecir mejora con la reevaluación (Andrews et al., 2006) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990). Si uno de nuestros objetivos correccionales es reducir la reincidencia de los delincuentes, debemos asegurarnos de que tenemos una manera confiable de diferenciar a los delincuentes de bajo riesgo de los delincuentes de mayor riesgo para proporcionar el nivel adecuado de tratamiento. Hoy en día, tenemos la tecnología de evaluación para hacer distinciones entre los delincuentes con diferentes probabilidades de reincidencia (Campbell, French & Gendreau, 2007) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990.)

El principio de necesidad exige que el enfoque del tratamiento correccional se *centre en las necesidades criminogénicas*. Las necesidades criminogénicas son factores de riesgo dinámicos que están directamente relacionados con el comportamiento criminal. Las necesidades criminogénicas pueden ir y venir a diferencia de los factores de riesgo estáticos que solo pueden cambiar en una dirección (aumentar el riesgo) y son inmutables a la intervención del tratamiento. Los delincuentes tienen muchas necesidades que merecen tratamiento, pero no todas estas necesidades están asociadas con su conducta delictiva. Estas necesidades criminogénicas están incluidas en los principales factores predictivos del comportamiento delictivo denominados factores de riesgo / necesidades "ocho centrales" (Andrews y Bonta, 2006; Andrews et al., 2006) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990).

5.6- Tratamientos por Consumo Problemático para Infractores de ley

La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias también poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias en forma simultánea, y se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su entorno y padres.

Los jóvenes involucrados en conductas delictivas presentan problemas de salud mental hasta en un 75% de aquellos que se encuentran en un régimen cerrado, de ellos, el 83.32% se encuentran cumpliendo sanciones en medio libre e ingresados a programa de tratamiento, presentando en una o más ocasiones ingresos al CRC. Los síntomas y trastornos psiquiátricos comórbidos al consumo son tanto internalizantes como externalizantes, siendo los más frecuentes los trastornos de conducta, afectivos, ansiosos, descontrol de impulsos, agresividad a temprana edad, dificultades en el autocontrol, conductas de alto riesgo, dificultades en el aprendizaje, deficiencia intelectual y la tendencia a interpretar el mundo como un espacio hostil. (Rutter et al, 1998 citado en Rutter 2003). Si estos no son abordados, y las estrategias de tratamiento no son personalizadas según la psicopatología asociada y por otro lado considerando las metas de cada adolescente, la adherencia a los programas y la efectividad es menor (Janet Currie, 2001)

.Los adolescentes con trastornos por consumo de drogas, han aumentado la edad de ingreso a tratamiento estableciéndose un rango de edades están entre 17 y 23 años. Del mismo modo, se observan modificaciones relacionadas con el patrón de consumo, un 41% de los usuarios mantiene una frecuencia de consumo de 2 a 3 días a la semana y un 27% consume de 4 a 6 días a la semana. Respecto a las sustancias de consumo, ha surgido las benzodiazepinas como sustancia principal. Otras características identificadas están relacionadas con la presencia de causas delictivas, suelen manifestar múltiples problemas

entre ellos socioeconómicos, psicosociales, conductuales, antecedentes sociales caóticos, poca motivación o ambivalencia al tratamiento sobre todo si este se imparte por imperativo legal y con contexto educativo y familiar limitado.

6- Presentación de evidencia proveniente de estudios empíricos conducidos en el ámbito del problema de investigación.

En un reciente estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile a población adolescente infractora de ley se puede visualizar una muestra de resultados preocupantes respecto de la prevalencia de consumo en este segmento. De un total de 4.796 jóvenes que participaban en programas ambulatorios y en centros privativos de libertad de las regiones I, II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y Metropolitana, el 80% declara haber consumido marihuana alguna vez en la vida, mientras que la mitad señala haber consumido cocaína. En el caso de la prevalencia de último año, las cifras sólo son algo menores: 70% declara haber consumido marihuana y 40%, cocaína. Respecto del consumo de marihuana y cocaína en los 30 días anteriores a ser detenido, las cifras son también altas: 42% para marihuana y 17% para cocaína. Citado en Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Sociología. (2006).

Si se considera la edad de inicio, el consumo de drogas también es más precoz en la población infractora que en la población general de, aproximadamente, la misma edad. Prácticamente, uno de cada cuatro jóvenes que participaron en la investigación había iniciado el consumo de drogas a los 12 años y casi el 50% declaró haber consumido este tipo de sustancias al llegar a la edad de imputabilidad penal, es decir, a los 14 años.

En relación con el abuso - estableciéndose como medida de análisis el uso diario de alcohol o drogas - los resultados del estudio en la población infractora son igualmente preocupantes. 22% declara consumir alcohol y 46% fumar marihuana diariamente. Hay que recordar que se trata de jóvenes cuyas edades fluctúan entre los 13 y los 19 años. Varios estudios han intentado comprobar la vinculación entre droga y delito. Sin embargo,

debido a que se trata de comportamientos de riesgo que suelen aparecer juntos y se retroalimentan (Hurtado, 2004)(Citado de Werth F. s.f.), se estima que la prevención de uno afecta el comportamiento del otro.

Aunque existen pocos datos que permitan asegurar una relación directa entre ambos fenómenos, se puede afirmar que la droga y el delito son conductas que suelen presentarse juntas, sobre todo en jóvenes. Para poder establecer con cierta seguridad esta posible asociación, cabe preguntarse en qué contexto se da la relación entre ambas, como forma de financiar el hábito, o debido a que el delito se comete bajo estados de alteración de conciencia. Según los datos recogidos por la Universidad Católica y el Sename, el 17% de los jóvenes encuestados reconoce haber cometido el delito bajo la influencia de alguna droga y el 20% bajo la influencia del alcohol. Independientemente de la necesidad de saber si el joven habría delinquido si es que no hubiera estado bajo los efectos de las drogas o el alcohol, los datos también muestran una mayor gravedad del ilícito cometido - en relación con la fuerza o violencia utilizada -. De hecho, el 10% de los jóvenes que declaran consumo es responsable de un robo con fuerza, mientras que en el caso de robo con violencia la cifra aumenta a 28%.

La relación entre el consumo problemático de drogas en los jóvenes que han infringido la ley es preocupante porque existen mayores probabilidades de que ese joven vuelva a cometer un nuevo delito y, al ser reincidente, se enfrente a una mayor condena. Cobra relevancia, entonces, la necesidad de tratar el problema del consumo para terminar con las llamadas “carreras delictivas” influidas, ciertamente, por las drogas y el alcohol

El modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR) es quizás el modelo más influyente para la evaluación y el tratamiento de los delincuentes (Blanchette y Brown, 2006; Ward, Mesler y Yates, 2007). Formulado por primera vez en 1990 (Andrews, Bonta & Hoge), el modelo RNR se ha elaborado y contextualizado dentro de una teoría general de la conducta y cognitiva social de la conducta delictiva (Andrews y Bonta, 2006). (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990)

Desde 1990, se han agregado una serie de principios a los principios teóricos básicos para mejorar y fortalecer el diseño y la implementación de intervenciones efectivas. Estos principios adicionales describen, por ejemplo, la importancia de que el personal establezca relaciones de trabajo colaborativas y respetuosas con los clientes y las agencias correccionales y gerentes que brindan políticas y liderazgo que faciliten y permitan intervenciones efectivas (Andrews, 2001; Andrews & Bonta, 2006; Andrews & Dowden, en prensa) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990). Aunque no debemos perder de vista el conjunto completo de principios (diremos un poco más sobre ellos al final del documento) nuestro enfoque aquí será con los principios básicos de riesgo, necesidad y capacidad de respuesta.

Brevemente, los tres principios fundamentales se pueden enunciar de la siguiente manera:

- ***Principio de riesgo:*** relacione el nivel de servicio con el riesgo del infractor a reincidir.
- ***Principio de necesidad:*** evaluar las necesidades criminogénicas y orientarlas en el tratamiento.
- ***Principio de responsabilidad:*** Maximice la capacidad del agresor para aprender de una intervención de rehabilitación al brindar un tratamiento cognitivo conductual y adaptar la intervención al estilo de aprendizaje, la motivación, las habilidades y las fortalezas del agresor.

Hay dos partes en el principio de la capacidad de respuesta: la capacidad de respuesta general y específica. La capacidad de respuesta general requiere el uso de métodos cognitivos de aprendizaje social para influir en el comportamiento. Las estrategias de aprendizaje social cognitivo son las más efectivas, independientemente del tipo de delincuente (es decir, delincuente femenino, delincuente aborigen, psicópata, delincuente sexual). Las prácticas correccionales básicas, Como los modelos prosociales, el uso apropiado del refuerzo y la desaprobación y la resolución de problemas (Dowden y

Andrews, 2004) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990) explican las habilidades específicas representadas en un enfoque de aprendizaje social cognitivo.

La capacidad de respuesta específica es un "ajuste fino" de la intervención cognitiva conductual. Toma en cuenta las fortalezas, el estilo de aprendizaje, la personalidad, la motivación y las características bio-sociales (p. Ej., Género, raza) del individuo.

Este estudio resume cómo el modelo RNR ha influido en el desarrollo de instrumentos de evaluación de riesgo de delincuentes y programas de rehabilitación de delincuentes. Al hacerlo, proporcionamos un resumen de la evidencia que demuestra cómo se puede predecir el comportamiento criminal de los delincuentes de manera confiable, práctica y útil. También proporcionamos evidencia de cómo los programas de rehabilitación pueden producir reducciones significativas en la reincidencia cuando estos programas cumplen con el modelo RNR.

Primera generación. Juicio Profesional:

Durante gran parte de la primera mitad del siglo XX, la evaluación del riesgo de los delincuentes se dejó en manos del personal correccional (es decir, oficiales de libertad condicional y personal penitenciario) y profesionales clínicos (es decir, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales). Guiados por su propia capacitación y experiencia profesional, el personal emitiría juicios sobre quién requería mayor seguridad y supervisión. La valoración del riesgo era una cuestión de juicio profesional.

Segunda Generación: herramientas basadas en evidencias

A partir de la década de 1970, hubo un creciente reconocimiento de que la evaluación del riesgo necesitaba depender más de la ciencia actuarial, basada en la evidencia y menos del juicio profesional. Los instrumentos de evaluación de riesgos actuariales consideran elementos individuales (por ejemplo, historial de abuso de sustancias) que se ha demostrado que aumentan el riesgo de reincidencia y asignan puntuaciones cuantitativas

a estos elementos. Por ejemplo, la presencia de un factor de riesgo puede recibir una puntuación de uno y su ausencia una puntuación de cero. Los puntajes en los ítems se pueden sumar: cuanto mayor sea el puntaje, mayor será el riesgo de que el infractor reincida.

Algunos ejemplos notables de las escalas de evaluación de riesgo actuarial que se desarrollaron durante este período son el puntaje de factor saliente desarrollado en los Estados Unidos (Hoffman y Beck, 1974) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990) y la escala de información estadística sobre reincidencia desarrollada para el Servicio Correccional de Canadá (Nuffield, 1982). Estos instrumentos de evaluación de riesgos todavía se utilizan y se siguen desarrollando otros nuevos (Copas y Marshall, 1998). (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990)

En poco tiempo quedó claro que estos instrumentos de evaluación de riesgo actuarial eran mejores para predecir el comportamiento criminal que el juicio profesional. Las revisiones de investigación demostraron repetidamente que los instrumentos actuariales se desempeñaban mejor que el juicio clínico o profesional al hacer predicciones del comportamiento humano (Ægisdóttier, White, Spengler et al., 2006; Andrews, Bonta & Wormith, 2006; Grove, Zald, Lebow, Snitz Nelson, 2000). (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990) La superioridad de la predicción actuarial se ha extendido a grupos de delincuentes tan diversos como los delincuentes con trastornos mentales (Bonta, Law & Hanson, 1998) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990) y los delincuentes sexuales (Hanson y Bussière, 1998) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990). Como consecuencia de la superioridad predictiva de las evaluaciones de riesgo actuarial, Cada vez más jurisdicciones correccionales adoptaron este tipo de evaluación para clasificar a los delincuentes y asignar prácticas de supervisión diferencial. El período entre 1970 y 1980 vio un movimiento desde lo que Bonta (1996) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990) llamó evaluación de primera generación (es decir, juicios de riesgo profesionales) a evaluación de segunda generación (es decir, evaluación actuarial de riesgo).

Los instrumentos de evaluación de riesgos actuariales de segunda generación han demostrado resultados satisfactorios; pueden diferenciar de forma fiable los delincuentes de menor riesgo de los delincuentes de mayor riesgo. Sin embargo, los instrumentos actuariales de segunda generación tienen dos características que presentan importantes deficiencias. En primer lugar, los instrumentos de evaluación de riesgos de segunda generación son teóricos. Los elementos que crean estos instrumentos se eligen simplemente porque están fácilmente disponibles y muestran una asociación con la reincidencia. Los elementos no se eligen porque son teóricamente relevantes. Por lo tanto, la mayoría de los elementos son elementos de antecedentes penales: el tipo de información que los sistemas correccionales son bastante eficientes para recopilar y distribuir.

La segunda característica de los instrumentos de segunda generación es que los elementos del historial no criminal que muestrean el comportamiento también tienden a ser de naturaleza histórica (por ejemplo, historial de abuso de drogas). Los antecedentes penales y otros factores que muestrean comportamientos pasados se tratan como factores de riesgo, estáticos e inmutables. Esto plantea una importante deficiencia para la evaluación de riesgos de segunda generación porque las escalas no tienen en cuenta que los delincuentes cambian para mejor. Más bien, las posibilidades son: a) el nivel de riesgo de un individuo no cambia (si uno obtuvo un puntaje positivo por un historial de abuso de drogas, ese factor de riesgo siempre se mantendrá sin importar si él / ella ha aprendido a abstenerse de consumir drogas, o b) aumenta el riesgo (por ejemplo, se cometen nuevos delitos y aumentan los puntajes de los antecedentes penales). No hay posibilidad de disminución del riesgo.

Tercera generación: basada en evidencias y dinámica.

Al reconocer las limitaciones de la evaluación de riesgos de segunda generación, la investigación comenzó a desarrollarse a fines de los años 70 y principios de los 80 en instrumentos de evaluación que incluían factores de riesgo dinámicos (Bonta y Wormith, 2007) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990). Los elementos de antecedentes penales

siguieron siendo una característica importante de la tercera generación, los instrumentos de evaluación de riesgos, como deberían. Sin embargo, además de los elementos de antecedentes penales y otros elementos estáticos como el abuso de sustancias en el pasado, hubo elementos dinámicos que investigan la situación actual y siempre cambiante del delincuente. Se hicieron preguntas sobre el empleo actual (después de todo, uno puede perder un empleo o encontrar un empleo), amigos criminales (uno puede hacer nuevos amigos y perder viejos amigos), relaciones familiares (de apoyo o de apoyo), etc. Los instrumentos de riesgo de tercera generación fueron referidos como "necesidad de riesgo"

Los instrumentos de riesgo de tercera generación fueron sensibles a los cambios en las circunstancias de un delincuente y también proporcionaron al personal correccional información sobre qué necesidades deberían abordarse en sus intervenciones. Ahora hay evidencia de que los cambios en las puntuaciones en algunos de estos instrumentos de necesidad de riesgo están asociados con cambios en la reincidencia (Andrews y Robinson, 1984; Arnold, 2007; Motiuk, Bonta y Andrews, 1990; Raynor, 2007; Raynor, Kynch, Roberts & Merrington, 2000). (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990) La evidencia de validez dinámica, es decir, los cambios en los puntajes de riesgo indican cambios en la probabilidad de cometer un nuevo delito, es inmensamente importante para los programas correccionales y el personal encargado de administrar el riesgo de los delincuentes. Los instrumentos de tercera generación de riesgo-necesidad ofrecen una forma de monitorear la efectividad, o ineficacia, de los programas y estrategias de supervisión. Además, debido a que los factores de riesgo dinámicos (por ejemplo, abuso de sustancias, empleo, acompañantes) están integrados en los instrumentos de tercera generación, el personal correccional puede guiarse para dirigir la intervención a estos factores de riesgo dinámicos. El tratamiento exitoso de estos factores de riesgo dinámicos contribuiría a la reducción del riesgo de un infractor (Bonta, 2002) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990).

Cuarta generación: sistemática e integral.

Para completar la historia del desarrollo de la escala de riesgo de delincuentes, en los últimos años se ha introducido la cuarta generación de instrumentos de evaluación de riesgos. Estos nuevos instrumentos de evaluación de riesgos integran la intervención sistemática y el monitoreo con la evaluación de una gama más amplia de factores de riesgo de delincuentes hasta ahora no medidos y otros factores personales importantes para el tratamiento (Andrews, Bonta y Wormith, 2006) (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990). Un ejemplo de un instrumento de evaluación de riesgos de cuarta generación es el Inventario de Gestión de Casos / Nivel (LS / CMI; Andrews, Bonta & Wormith, 2004). (Citado de Andrews D. Bonta J. 1990). Lo que es notable en esta historia es que los instrumentos de evaluación de riesgos de tercera y cuarta generación no hubieran sido posibles sin el modelo de riesgo-necesidad-responsividad de evaluación y rehabilitación de delincuentes.

En un estudio meta-analítico realizado por Landerberger y Lipsey (2005) (Citado de Olavarría M. Pantoja R. 2016) sobre efectos positivos de los programas cognitivo-conductuales para la reeducación y reinserción con menores infractores, los resultados indican que los factores asociados con una disminución significativa de la reincidencia fueron haber tratado de forma sistemática el sistema de creencias justificativas del comportamiento delictivo y haber desarrollado estrategias de intervención para el manejo de las emociones negativas como la ira. Estos datos, junto con los de otros estudios, han permitido llegar a un consenso en cuanto a las características que deben tener los programas de tratamiento de la conducta antisocial basados en la evidencia (Becedóniz y Rodríguez, 2004; FitzGerald, Stevens y Hales, 2004; Garrido, Stangeland y Redondo, 2006; Hollin, 2006; McGuire, 2006; Redondo, 1994) (Citado de López, 2017), y éstas son: a) Se debe actuar sobre los déficit personales y sociales del adolescente, junto con la realización de un análisis detallado sobre las capacidades cognitivas, afectivas y conductuales y su forma de cambio. b) Se debe seguir una metodología de intervención cognitiva-conductual, con un formato estructurado y con criterios claros para evaluar la intervención realizada. c) Los programas de intervención deben utilizar procedimientos estandarizados para la modificación de cogniciones y conductas desviadas, centrándose

en el aprendizaje de habilidades necesarias para la resolución de situaciones conflictivas y la adopción de estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida de estos menores. d) La intervención terapéutica deber ser multidimensional y de amplio espectro. e) Los programas de tratamiento deben tener un enfoque multimodal caracterizado por la utilización de técnicas de intervención adecuadas para alcanzar el cambio deseado. A modo de conclusión, diríamos que el modelo criminológico de la desviación social en menores exige que la evaluación e intervención con menores infractores no puede estar separada de la tarea de determinar el nivel de riesgo que presentan para la continuación con la carrera delictiva y, así, especificar cuáles han de ser las necesidades que han de formularse como objetivos para el tratamiento dentro del sistema de justicia juvenil, ajustando los programas de intervención a los factores de riesgo que lo vinculan con el delito (Graña, Garrido y González, 2008).

7. La Corporación “Padre Chango”

La Organización donde se desarrolló la presente Tesis es la ONG Corporación “Padre Chango” que se creó en memoria y reconocimiento de la labor desempeñada por del Sacerdote Rodrigo Fernando López Sáez, fallecido a los 40 años de edad el 15 de enero del 2005.

El Sacerdote López trabajó en forma directa en la promoción del desarrollo de las comunidades que viven en condiciones de pobreza y/o marginalidad. Apoyando especialmente a los, niños, niñas, adolescentes y jóvenes expuestos y consumidores de drogas y alcohol.

Su pérdida generó que diferentes actores de la Región del Bío Bío aunaran fuerzas y haciendo uso de su convicción se logró plasmar su obra en una Institución que recibió su apodo “**ONG de Desarrollo Corporación Padre Chango**” siendo inaugurada el año 2006 haciendo uso de una pequeña casona.

En la Actualidad, la Corporación presenta una oferta programática sólida y con trayectoria, la cual consiste en brindar atención en las Áreas Psicoterapéutica, Socio Familiar y Biomédica con la finalidad de suspender o modificar el patrón de consumo, mejorar las relaciones familiares, con sus pares y con la comunidad, pero por sobre todo que logren durante su estadía en los diversos programas de la ONG su desarrollo personal con miras a ser autónomos y evitar la reincidencia delictual o en su patrón de consumo. A su vez, la Corporación se ha preocupado de establecer alianzas estratégicas y Convenio con diversas instituciones en ayuda a los jóvenes como lo son SENDA-GENCHI-SENAME-MINSAL.

Cabe señalar, que todo este trabajo mancomunado que se realiza con los jóvenes de los Programas es llevado a cabo por un Equipo Multiprofesional, especializado en trabajo con adolescentes utilizando diferentes Modelos según se ajusten a la realidad presentada por los mismos, justicia social, ley de menores Ley 16.618) como aquellas que hacen referencia a los infractores de ley desde la Responsabilidad Penal Adolescente (Ley 20.084). Junto a ello, los profesionales asisten a capacitaciones durante el transcurso del año tras convenios con Universidades y otras instituciones especialistas en ésta temática. Fruto de lo anterior, la ONG ha ganado experiencia y trayectoria durante 11 años, en lo que se refiere a atención integral hacia los Jóvenes caracterizada por el compromiso, transparencia, calidad, empatía, desarrollo personal y ética profesional que cada profesional brinda en su quehacer hacia y para con los usuarios y sus referentes significativos.

Sus Principales objetivos de rehabilitación son entregar tratamiento terapéutico de carácter integral de alta intensidad y de complejidad Moderado- Severo, en rehabilitación y reinserción a nivel individual, familiar y social a adolescentes infractores de ley con consumo problemático, de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental de ambos

sexos con y sin sanción accesoria, a través de una modalidad residencial en medio libre en la ciudad de Chillán, provincia de Ñuble.

7.1. Modelo Teórico donde se basan los Principios de la Intervención del Programa Residencial Infractores de ley.

- El sustento teórico que explica y entrega directrices para brindar un tratamiento oportuno, eficiente e integral, que permita trabajar la problemática de drogas y sus componentes individuales, familiares y comunitarios se desarrolla en base a el **Modelo comprensivo-evolutivo**: Este modelo expone que los adolescentes infractores de ley y con consumo problemático de drogas han tenido vivencias que han interferido en su proceso de desarrollo ya que viven en diversos contextos vulnerables a nivel socio-cultural y socio-emocional. Asimismo, explica que la transgresión a la norma social está dada por múltiples causas, ya sea porque los valores de los jóvenes están alejados de la norma jurídica. Surgiendo por este motivo la comisión de delitos.

A nivel macro social se relaciona con el estar inmerso en conflictos sociales por la desigualdad en la distribución de oportunidades y el control penal. De acuerdo a lo anterior, es necesario mirar al adolescente desde la globalidad y realizar intervenciones no sólo en el foco del consumo sino que abordarlo dentro de un conjunto de situaciones más complejas (Norma Técnica N° 85, 2006).

Modelo Biopsicosocial: Comprende que los problemas del uso de drogas y la delincuencia juvenil son el resultado de los significados personales, el aprendizaje, el condicionamiento social y los factores sociales-interpersonales, que se expresan en las áreas biológica, psicológica y social influyendo esto de manera única en cada joven (Tatarsky, 2002). Este modelo permite evaluar el nivel de compromiso del/la joven en las distintas áreas e implementar las estrategias de intervención (CONACE, 2010).

Modelo de Estadio de Cambio (Transteórico): También llamado rueda del cambio, refleja la realidad que en cualquier proceso de cambio tanto individual o a partir de la ayuda de un terapeuta la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable. Las personas que consiguen una mejora en su estilo de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno/a con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes (Prochaska y Diclemente, 1982, citado en Miller y Rollnick, 1999)

Enfoque de Género: Según lo postulado por Gioconda Batres (1996) el enfoque de género es la “forma de observar la realidad con base en las variables “sexo” y “género” y sus manifestaciones en un contexto geográfico, ético e histórico determinado. “Reconoce que el género es un hecho diferencial, y que se requiere entregar atención terapéutica a través de un programa personalizado y estructurado que considere las variables de identidad y normas de género como marco teórico a la base, incorporando actividades terapéuticas que posibiliten la conciencia de problema personal, en un contexto social y cultural en donde la mujer y el hombre, ha adquirido pautas y comportamientos socialmente aceptados pero no necesariamente a fines a sus necesidades de autonomía y desarrollo personal” (Norma y orientaciones técnicas, 2013).

Modelo cognitivo-conductual: Las intervenciones están orientadas en cómo la visión de sí mismo y el entorno influyen en las emociones y conductas, los esquemas mentales se desarrollan en la infancia y se van reforzando a lo largo del tiempo y se van fortaleciendo en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta a través de la experiencias de aprendizaje. Por lo cual se trabaja en esta línea para la modificación de distorsiones cognitivas, emociones y conductas asociadas al consumo de sustancias y conductas delictivas, a partir de auto-registros, tareas para la casa, registros en calendarios y gráficos, mapas conceptuales, técnicas en resolución de problemas, técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales (Friedberg y McClure, 2010).

Enfoque Humanista: Orientada por la terapia centrada en la persona en un espacio terapéutico con un clima que brinda seguridad y apoyo. De acuerdo a esta perspectiva teórica las personas son capaces de reflexionar acerca de sus experiencias y encontrar soluciones a sus propios problemas. El/la terapeuta para preparar a la persona al cambio debe presentar características tales como; empatía adecuada, calidez no posesiva y autenticidad (Carl Rogers, 1959, citado en Miller y Rollnick, 1999).. Los/as jóvenes que ingresar al programa, presentan vulnerabilidad socio-cultural y emocional, por lo cual es de vital importancia brindar un espacio seguro y de apoyo para la alianza terapéutica, además, de validar sus experiencias, emociones y valores para encauzarlas y seguir los procesos de cambio. **Enfoque de reducción de daño:** Modelo integrativo y flexible, puesto que incorpora variadas perspectivas teóricas para la intervención, cuya meta de tratamiento corresponde a comprometer al joven a una relación terapéutica que apoyará el insight de los aspectos problemáticos del uso de sustancias y abordarlos a través de metas y estrategias que sean adaptadas a su identidad, no sólo apoya el enfoque de abstinencia, sino que, que ofrece al joven de acuerdo a su motivación inicial al tratamiento (que la mayoría de las veces es extrínseca) e ir paso a paso en la disminución del consumo, para potenciar las estrategias iniciales para el logro y tener posteriormente un posible éxito en la abstinencia total. El desarrollo de la terapia pasa de un enfoque en el consumo al autoconocimiento, aceptación de sí mismo, descubrimiento de estrategias de autocuidado y psicoeducación de técnicas de afrontamiento (Tatarkey, 2002). -

Modelo Construccionalista Social: Esta perspectiva teórica postula que el conocimiento de la persona no reside sólo en la mente o en el medio, sino en los procesos mentales de interacción o intercambio simbólico, por otro lado, expresa que la realidad es activa y cambiante y está constituida a nivel personal como social (Araya, Alfaro y Andonegui, 2007). Asimismo, defiende la importancia de la conversación para desarrollar un sentido de identidad o una voz interna, ya que cada idea, cada concepto, nace del intercambio social, mediado por el lenguaje (Savelieva, 2011).

Enfoque centrado en las soluciones: Enfoque terapéutico que actualiza la terapia estratégica y cuyos supuestos básicos se basan en que los problemas surgen de cómo actúan y reaccionan las personas, no son sólo de origen patológico, las personas tienen en sí mismas todos los recursos necesarios para dar solución a sus problemas y el terapeuta sencillamente debe facilitar que esos recursos salgan a la luz. En la práctica clínica, los/as adolescentes son sujetos protagonistas de sus experiencias y dificultades por lo cual poseen el saber necesario para enfrentar y dar solución a sus problemas, en este caso el/la terapeuta facilita el proceso del darse cuenta y lograr con éxito las metas (Savelieva, 2011).

Entrevista Motivacional: la entrevista motivacional es un enfoque de terapia breve para abordar y tratar la ambivalencia hacia el cambio, muy característica en las personas con comportamientos adictivos. Es un enfoque congruente con el enfoque transteórico de Prochaska y DiClemente y con los hallazgos de las investigaciones contemporáneas acerca de los factores que dan cuenta de la eficacia en psicoterapia. Es más bien un enfoque en el cual subyace una filosofía particular: la motivación para el cambio es extraída desde el mismo cliente, no impuesta desde afuera. La entrevista motivacional se apoya en la identificación y la movilización de los valores y metas intrínsecas del cliente para estimular el cambio de comportamiento.

7.2.- Metodología de Trabajo del Programa Residencial.

El programa Residencial constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, desarrollados en adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas y compromiso biopsicosocial severo, que cuente con red primaria de apoyo o esté bajo la responsabilidad de SENAME.

La duración óptima de la modalidad Residencial para la mayoría de los adolescentes es de doce meses, con una frecuencia de permanencia de cinco días por semana y además fines de semana cuando se requiera.

El proceso de evaluación clínica integral (biopsicosocial) que elabora el equipo de salud mental y drogas, de todos los aspectos del ciclo vital en que se encuentra el adolescente, identifica sus características estructurales, la dinámica de su familia, su contexto sociocultural de desarrollo y todas las variables asociadas a su patrón de consumo. Se consideran tanto los déficits como sus potencialidades, identificando factores protectores y de riesgo para el adolescente. La perspectiva de género debe utilizarse en toda la evaluación, dado que según evidencia disponible, se encuentran diferencias significativas en los perfiles de morbilidad en la salud mental del adolescente hombre y de las adolescentes mujeres.

El diagnóstico integral forma parte del tratamiento, en cuanto permite profundizar el conocimiento biográfico de cada adolescente, lo que es coherente con el modelo conceptual al que adscribe este programa.

Durante la elaboración del diagnóstico se debe incorporar la motivación, el desarrollo del vínculo, recatando las competencias del adolescente y sus familias.

La duración para el diagnóstico integral, considerando la complejidad del perfil y la necesidad de realizar distintos tipos de evaluaciones e intervenciones, no se debe superar un mes.

El plan de tratamiento individual se basa en el diagnóstico integral realizado por el equipo y, por lo tanto, es coherente con la información recogida en las áreas descritas en las fases diagnósticas.

En este plan deben quedar plenamente identificados y registrados los objetivos terapéuticos a ser alcanzados con el adolescente y su familia, quienes como parte de la elaboración de éste, deben conocer íntegramente dichos objetivos y las actividades y estrategias que se concertarán para su cumplimiento, asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el adolescente y familia o adulto pro social. Los planes de intervención se están trabajando y elaborando desde el enfoque SMART;

Entenderemos por “objetivos terapéuticos” a los pasos o acciones específicas, temporalmente sensibles y capaces de ser medidos, para alcanzar una meta (SMART es un acrónimo que significa lo siguiente (Bennet et al., 2011: NHS, 2006; Scottish Mental Health Collaborative, 2010) (Citado de Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) 2016)

7.3.- Áreas a evaluar:

a) Área de salud física y mental:

- Evaluación salud física: Además de los procedimientos básicos (medición de tallas y peso, por ejemplo), se envían indicaciones de exámenes y estudios biológicos para descartar presencia de patologías físicas o neurológicas, y la derivación a especialidades cuando corresponda.

-Evaluación de salud mental: Es fundamental realizar una evaluación de salud mental con profundidad, especialmente considerando la alta frecuencia de trastornos mentales en los adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol y drogas. Es muy importante considerar que en la adolescencia algunos síntomas que pueden llevar a diagnosticar un trastorno mental, pueden estar mezclados con las características propias de la etapa, los efectos del consumo y de la privación de libertad, por lo que es preciso considerar un tiempo pertinente antes de confirmar las hipótesis diagnósticas. Además se debe evaluar la presencia de otros trastornos concurrentes secundarios al consumo de

drogas y alcohol. Para ejecutar esta evaluación se recomienda utilizar entrevista y observación clínica (individual, grupal y familiar, o persona a cargo de su cuidado), apoyándose en los criterios diagnósticos CIE 10, y aplicación de test psicométricos o pruebas psicológicas diagnósticas. Los resultados de estas evaluaciones deberían ser discutidos en equipo e interpretados con relación a los hallazgos clínicos y de contexto.

-Evaluación psiquiátrica: Corresponde a la valoración psicopatológica exhaustiva. Involucra la elaboración de la historia clínica y entrevistas. De esta forma se determina el tipo de trastorno psicopatológico, si existe o no un retraso mental o una alteración orgánica cerebral. Se utiliza y aplica la clasificación multi-axial CIE-10.

-Psicodiagnóstico: Se indagan todas aquellas instancias que otorgan soporte a los jóvenes, y las estrategias o habilidades de afrontamiento que utiliza para hacer frente a las diferentes situaciones de su vida. Se indaga si ha existido algún diagnóstico de trastornos de la conducta y del desarrollo (periodo pre, peri y post natal) y recabar los antecedentes familiares.(Test proyectivos, psicometría, anamnesis, entrevista clínica.)

-Área de consumo de drogas: El foco en este punto está puesto en los entendimientos, las actitudes y elecciones del/la joven respecto del consumo de sustancias. Se indaga en la frecuencia de uso, tipo de drogas y problemas en el ámbito psicológico, biológico y social que este consumo de drogas ha desencadenado en su historia de vida.

-Área psicosocial: Se recogen y consideran complementariamente los antecedentes obtenidos entre el equipo psicosocial SENAME y el equipo tratante en las siguientes variables.

-Diagnóstico familiar: Se evalúa el tipo de familia, estructura, ciclo vital, relaciones, desempeño de roles y funciones parentales, habilidades con las que cuentan adultos significativos.

-Entorno y grupo de pares: Se evalúa el grupo de pares y su influencia, participación en actividades y factores de riesgo y/o conductas anti sociales. Además, la interacción con contexto comunitario.

-Responsabilización y reparación de la conducta infractora: Se conocen los contactos previos con el sistema de justicia juvenil y su nivel de cumplimiento de las resoluciones judiciales además se evalúa la actitud del/la joven frente a su propia conducta delictual.

-Integración social y contexto obligado: Se indaga los factores de riesgo y protectores en la comunidad en donde reside el usuario (individual, familiar y social). Además de identificar vinculación con las redes existentes atinentes a sus necesidades.

7.4 – Tipos de intervención y su frecuencia.

Consulta médica: Se realizan diagnósticos, indicar o modificar tratamiento farmacológico, hacer seguimiento y refuerzo de adherencia al tratamiento. Además, entregar información y educación relacionada con el diagnóstico y tratamiento, para otorgar alta o referencia a atención especializada. (*frecuencia semanal, quincenal o mensual según requiera el caso*). **Consulta psiquiátrica:** Para diagnosticar, indicar o modificar tratamiento farmacológico y realizar el seguimiento de la evolución clínica. Intervención individual o con la familia. (*Frecuencia quincenal o mensual según requiera el caso*). **Consulta Psicológica:** Corresponde a la evaluación y diagnóstico psicológico a modo de complementar los diagnósticos psicosocial y médico. Esta actividad puede ser una instancia de psicoeducación en temas de autocuidado, intervención en drogas e intervenciones ligadas a los ejes de reparación, a través del apoyo emocional, entrenamiento en habilidades individuales, y de inserción social a través de actividades de rehabilitación social y laboral. Por último, es una instancia en que se puede abordar la intervención en crisis. (*frecuencia semanal o requerimiento del caso*) **Psicoterapia individual:** Aplicación de intervención terapéutica según modelo teórico específico y objetivos de plan de tratamiento.

A través de la terapia psicológica individual, se pretende que el sujeto descubra, reconozca y modifique los pensamientos, sentimientos y acciones de los que surgen algunos de sus

problemas (emocionales, conductuales y sociales), con el fin de favorecer su desarrollo biopsicosocial, de tal modo que le permita obtener un mayor control de su vida. En esta actividad en particular, toma mucho sentido recordar los ejes centrales de intervención en el proceso terapéutico integral, descritos previamente. (*Semanal calendarizada*)

Terapia familiar (intervenciones terapéuticas con la familia): Los fundamentos de estos tipos de terapia se centran en el asesoramiento, intervención y tratamiento familiar, o parejas que lo necesiten. En las familias con adolescentes que presentan consumo de sustancias, se trabaja especialmente en que los padres ejerzan mecanismos de regulación conductual, comunicación efectiva, vinculo afectivos, sobre el hijo, reforzando límites, normas y jerarquías. En caso de que los profesionales que estén realizando la intervención familiar se encuentran con dificultades respecto a requerir de un programa específico (ejemplo: atención a víctimas de abuso sexual, intervención en violencia intrafamiliar, etc.), se deberá coordinar con el equipo correspondiente para no sobre intervenir con la familia aunque recordando la intervención con la familia ligada a la rehabilitación del consumo. (*Frecuencia Semanal y quincenal*). **Taller familiar:** Favorecer el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales y parentales, resolución de conflictos y estilos de relación no violentos. Trabajando sobre historias de vida como una forma de diagnosticar las problemáticas asociadas a las disfuncionalidades existentes, y conductas de riesgo. Dado que la motivación es un componente transversal a todo proceso de tratamiento las intervenciones familiares, tanto en los talleres como en las individuales, siempre están enfocadas a esta dimensión, puesto que son familias en alto riesgo social y carente, muchas veces, de herramientas que favorezcan el apoyo de un integrante del grupo de proceso de tratamiento, en donde claramente se necesite de un referente adulto, que apoye y motive al joven con esta problemática (*Frecuencia semanal*). **Consulta de salud mental terreno:** Es una instancia de información importante en cuanto a las posibilidades de continuación de tratamiento clínico y eventuales recaída. Es una instancia de psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, previniendo recaídas, abandonos de tratamiento, etc. En el contexto donde reside la familia, por último, es una instancia de

rescate y re vinculación al tratamiento del adolescente y/o familia (*Frecuencia de una a dos veces por semana*). **Visita Domiciliaria:** Es una técnica de recolección de información para verificar antecedentes familiares, sociales, factores protectores y de riesgo del contexto en el que reside el joven, además, de obtener nuevos antecedentes con el objetivo de actualizar el plan de intervención dependiendo de las nuevas necesidades detectadas (*Frecuencia semanal*). **Intervenciones psicosociales:** Su objetivo es orientar e intervenir en las dinámicas que mantienen el rol funcional del consumo de drogas al interior del sistema familiar (*Frecuencia semanal*). **Intervenciones grupales y familiares:** Su objetivo es utilizar herramientas de influencia grupal. Dentro de estos espacios se encuentran las terapias de evaluación de la semana y de fin de semana, de expresión de sentimientos, de autoayuda, de vida en comunidad y apoyo familiar, acompañamiento en las distintas instancias que lo amerite (inscripción en consultorio, programas sociales, educacionales, etc.). Psicoterapia grupal: propicia espacios, en donde se puedan aprender herramientas para el afrontamiento de sus vidas, tomando conciencia de su propio comportamiento y vivencial personal (*Frecuencia semanal*).

7.5- Etapas del proceso terapéutico:

Existen 4 fases a lo largo del tratamiento, cada una posee objetivos en diferentes áreas como son: ocupacional, prevención de recaídas y mantención de micrologros que trascienden durante todo el desarrollo del proceso de tratamiento enfocado a lo prosocial.

Adaptación y Acogida (2 a 4 meses): El/la adolescente consolidará su decisión de cambio a través de la identificación y reconocimiento de su problemática. Contempla el diagnóstico integral del problema que incluye aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo; contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio. Es un proceso de intensidad progresiva y flexible

Etapas Estabilización y consolidación del tratamiento (4 a 6 meses): Marca la entrada en los procesos psicoterapéuticos. Se trabaja en la reducción de los riesgos asociados al

consumo, a través del reforzamiento de los factores protectores o de “resiliencia” al delito del/la adolescente y su familia. También se inicia el proceso de desarrollo y afianzamiento de competencias emocionales, cognitiva, conductuales y prosociales que favorezcan el proceso terapéutico del/la adolescente, haciendo énfasis en la prevención de recaídas. Iniciando además, procesos psicoterapéuticos reparatorios. Los ámbitos de intervención son:

Etapa Resolución e integración (3 a 4 meses): esta etapa es la continuación de la integración prosocial del/la adolescente, por lo tanto se trabaja en la preparación para la salida del tratamiento sujeta a una serie de normas y compromisos, además de realizar un cierre terapéutico de acuerdo a las necesidades de cada adolescente, al diagnóstico integral y al plan de intervención individual. Si bien los objetivos terapéuticos son personalizados, es decir, definidos para cada adolescente de acuerdo al resultado de la evaluación integral realizado en el diagnóstico, éstos se orientan a: la mantención de los logros obtenidos, motivación al cambio, manejo de la abstinencia, reducción del daño, reescolarización, habilidades sociales, reinserción social e integración familiar. Finalizada las etapas de resolución e integración prosocial y cumplido los objetivos terapéuticos se da inicio al alta terapéutica donde se evalúa las facilidades y dificultades que va a presentar en el medio ambiente, los recursos personales con que cuenta para hacerle frente, con ciertas garantías de éxito y aquellas que ofrezca la propia familia. Lo aprendido durante el proceso de tratamiento se verá reflejado en sus relaciones familiares y, sobretodo, en las establecidas con el grupo de pares.

Etapa de Seguimiento:

Corresponde a un periodo de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan de tratamiento, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los logros terapéuticos.

El seguimiento se trabaja desde tres ejes de intervención: **Roles:** a través de entrevistas e intervenciones tanto en terreno como en dependencias del programa, se identificarán los roles significativos de los jóvenes en seguimiento y se hará directa intervención en ellos, guiando modificaciones del mismo u orientando en relación a los recursos personales y sociales disponibles para la ejecución de tal rol. **Redes:** se realizarán orientaciones relacionadas con la activación de redes formales e informales. Es decir, en base a las necesidades actuales e identificadas del joven, se realizarán actividades educativas orientadas a la activación de las redes necesarias para la satisfacción de sus necesidades, así como de la óptima utilización de los derechos propios involucrados dentro de la participación ciudadana, como salud, educación, intermediación laboral, etc. **Prevención de recaídas:** se realiza un constante cotejo desde la entrevistas en donde se evaluara la posibilidad de recaídas debido a diferentes situaciones psicosociales y consiste en entrenar al/la adolescente en: a) Detección de situaciones de riesgo de recaída en el delito. b) Prevención de decisiones aparentemente irrelevantes, que pese a que parecen inocuas le pondrán en mayor riesgo. c) Adopción de respuestas de afrontamiento adaptativas.

7.6- Criterios de egreso.

Los motivos de egreso del o la adolescente del Programa Residencial Medio Libre son:

Alta Terapéutica: Este proceso es gradual y planificado, y es decidido por el equipo clínico tratante tras el cumplimiento y avances alcanzado (completo, parcial o sin resultados esperados) de los objetivos terapéuticos del plan individual de tratamiento por el/la adolescente durante su tratamiento. El proceso de alta terapéutica debe comprender una serie de pasos, apuntando el resguardo de los siguientes aspectos, los que se consideran como criterios para evaluar la pertinencia del proceso:

Objetivos terapéuticos personalizados alcanzados, definidos explícitamente con metas terapéuticas y plazos definidos, los cuales se orientan a la motivación por el cambio, manejo de la abstinencia, reducción del daño, reescolarización, habilidades sociales, reinserción social e integración familiar.

Consentimiento informado del adolescente y su familia y/o tutor responsable respecto de las condiciones de salud que presenta al egreso, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de salud que presenta al egreso, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, solicitándole luego la aprobación para ser sometido a ellos. Se realizara un plan de seguimiento de un año desde su egreso el que incluirá el trabajo conjunto entre el equipo tratante en coordinación con SENAME. Esta última fase del proceso de tratamiento se realiza fuera del ámbito Residencial, donde el joven se independiza gradualmente de la Comunidad y empieza a actuar con mayor autonomía, de acuerdo a las características y ritmos propios. Es un proceso de consolidación por parte del individuo de los niveles adquiridos de desarrollo y competencia personal con relación a su contexto sociocultural.

Alta Administrativa: Decisión del equipo tratante de egresar a la persona del programa por incumplimiento grave a las normas de convivencia como robo, tráfico al interior del centro, agresión, etc. Previo informe a los profesionales responsables de la sanción principal y al juez/a de control de la sanción.

Derivación asistida: Aplicada por alguna razón justificada ej.: Aumento de consumo, aumento de situaciones de riesgo necesitando una estabilización ambiental se deriva a un programa Ambulatorio. También procede una derivación asistida si el usuario comienza a cumplir una sanción privativa de libertad o se cambia de domicilio y traslada su sanción. En el proceso de derivación del/la joven, se cumple con los siguientes criterios: consenso en el procedimiento de equipo y del delegado sanción principal. Informe y de derivación. Ficha de egreso. Plan de tratamiento. (compartido).

Abandono: Cuando la asistencia de parte del/la adolescentes al programa de tratamiento sea por un tiempo igual o mayor a 60 días, se dispondrá intervención en terreno con el objetivo de “rescatarlo/la”, motivándolo/a para dar continuación al

tratamiento. Estas intervenciones se realizarán dentro de la semana siguiente a su abandono y se reiterarán de acuerdo a la efectividad de las intervenciones en terreno. Los plazos para este egreso corresponden a los plazos de un plan de rescate, es decir, un mes. Dicho tiempo solo podría extenderse en caso de que se amerite una derivación asistida para el/la usuario/a. Cabe destacar que el egreso del/la joven será consensuado en todo momento con el delegado, previas acciones de rescate.

8- Marco Metodológico.

El presente estudio se sustenta en el paradigma de investigación correlacional descriptivo cuantitativo, puesto que, se utilizó la recolección de datos para probar hipótesis y determinar variables, con base en la medición numérica y el análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista. 2014), buscando especificar resultados de avances de los casos clínicos sometidos a un análisis de efectividad de procesos terapéuticos.

8.1-Tipo de Investigación

El estudio realizado es de naturaleza descriptiva, en la cual se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidad, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis, es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. (Hernández, Fernández y Baptista 2014). De esta manera se pretende analizar resultados y medir efectividad en los jóvenes y adolescentes que estuvieron en proceso de rehabilitación entre los años 2007 y 2017 en la comunidad terapéutica Padre Chango.

En relación al tipo de diseño, éste es no experimental, definido como un tipo de estudio en el cual no se manipulan intencionalmente las variables independientes, sino que se observa el fenómeno tal y como se da en su contexto natural para ser analizado (Sampieri,

2014), este estudio fue pensado para ser aplicado y medir resultados en procesos terapéuticos.

En relación al tiempo de la investigación, es Transversal, debido a que los datos fueron recolectados en un momento único (Sampieri, 2014), es decir la información se recogió, a través de la aplicación de recolección de datos de fichas clínicas.

Este estudio también es Correlacional, es decir, este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular). En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. Es decir, para intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tienen en la variable o variables relacionadas.

8.2-Instrumento

En primera instancia se introdujeron los datos de las fichas clínicas seccionadas a una base de datos Excel, para luego ser utilizada para el análisis de la muestra el programa SPSS, donde se formulan el cruce de variables.

8.3-Población y Selección de la Muestra

Se analizaron 110 fichas clínicas de adolescentes que estuvieron en tratamiento por consumo de drogas y alcohol entre el año 2017 y 2017 vinculados a la ley 20.084 de un universo de 275 fichas clínicas de usuarios que pasaron por tratamiento.

Según Selltiz (1974), una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Por lo tanto, esta delimitación consta de ciertas características específicas y particulares que poseen los usuarios, de tal forma que la

población corresponde a un N de 110, entre el año 2007 y el 2017, estos casos que son derivados de sus sanciones Principales a Tratamiento de rehabilitación por consumo problemático de drogas y/o Alcohol de la comuna de Chillan, cuyas causas de ingreso son las siguientes: Diagnostico Biopsicosocial Severo- Diagnostico Biopsicosocial, Moderado, Consumo Problemático de PBC, Consumo Problemático de THC, Consumo Problemático de OH.

8.4-Descripción y procedimiento del estudio

En primer lugar, se observa el poco interés de hacer estudios de resultados en las distintas instituciones que trabajan en tratamientos por consumo problemático de drogas a nivel nacional, si viene cierto hay muchos estudios de prevalencia en el área de la prevención, pero no en los resultados y la efectividad de estos tratamientos.

Se observa que en el lugar de trabajo estaban a disposición las fichas clínicas de los últimos 11 años, a lo cual se solicita la autorización a representante legal para efectuar un análisis y se explica a la institución el alcance que significara hacer este estudio para la ONG y la relevancia de este, representante legal procede a la autorización donde se acuerda que el estudio se ponga a disposición de los profesionales y equipos de tratamientos.

Se cuantifican las 280 fichas clínicas de las cuales se seleccionan al azar 10 por cada año según su codificación de archivo, para evitar sesgo y tener una muestra representativa al estudio (se utiliza programa on line de generador de números al azar).

Luego de obtener la representación de 10 fichas por año, se procede a identificar las variables más significativas para proceder armar la tabla Excel con la información de la descripción que se obtiene de las fichas clínicas, donde se ordenan de forma numérica las principales variables que fueron seleccionadas de acuerdo a las siguientes categorías, edad al ingreso, droga principal al ingreso de tratamiento, edad de inicio de consumo, tipo

de delito cometido, escolaridad al ingreso, diagnóstico biopsicosocial, tiempo de permanencia en tratamiento residencial, situación ocupacional al ingreso y sanción principal, también se incorporó los elementos de evaluación al momento del egreso en las siguientes variables evaluación del proceso terapéutico, evaluación del patrón de consumo al egreso. evaluación de la situación ocupacional al egreso, evaluación al egreso de la situación familiar y evaluación al egreso en relación a la transgresión de la norma social, estas usando la evaluación de logro alto, logro intermedio y logro mínimo.

Con todos los datos ya en tabla Excel, se ocupa instrumento computacional SPSS para el cruce de variables más significativas.

Luego se procede al análisis de los resultados y las conclusiones de este estudio.

8.5-Descripción cualitativa de la muestra que se obtiene mediante análisis de fichas clínicas desde el año 2007 al 2017.

Las características de la población a la cual está dirigido las intervenciones en el Plan de Tratamiento Residencial en Medio Libre (PR ML) Padre Chango son:

Adolescentes y jóvenes entre 14 y 27 años, de ambos sexos, infractores de Ley con abuso y/o dependencia de alcohol – drogas y otros trastornos de salud mental con medida cautelar en medio libre, suspensión condicional de procedimientos o sanción en el medio libre con o sin sanción accesoria de drogas; que voluntariamente deseen ingresar a tratamiento voluntariamente motivados por su sanción principal y para el cumplimiento de la sanción accesoria indicada en forma escrita por el juez/a.

Presentan su mayor concentración porcentual en el segmento atareo correspondiente a los 18 años.

Adolescentes y jóvenes que han experimentado situaciones de abandono, negligencia parental y naturalización (normalización) del maltrato y abuso, con presencia transgeneracional que marcan sus actitudes y caminos posteriores, problemas y discapacidades orgánicas y síquicas (compromiso biopsicosocial moderado y severo).

Adolescente con bajo coeficiente intelectual, hiperactividad, autovaloración disminuida con cambios imprevisibles de conducta y de humor permanente, intensidad de reacciones afectivas - tanto positivas como negativas- reivindicaciones brutales y de alta agresividad (baja o nula tolerancia a la frustración) con tendencia a centrarse en el pensamiento concreto.

Proviene de familias en que el consumo de alcohol y drogas se repite en otros miembros y en que el consumo de drogas está relacionado con tráfico y problemas delictuales. La construcción identitaria es en torno a la infracción de ley, “cultura canera” incorporada bajo un marco con flexibilidad o rigidez. La actividad asociada al delito a nivel cognitivo y conductual (mediana y mayor severidad).

Adolescentes que provienen de familias con factores de: baja cohesión y constitución familiar, estilos parentales coercitivos, VIF, familia desviante y familia perturbada (presencia de trastornos psiquiátricos) familias con diversidad en su estructura que tiende a la polaridad. Se observa familias extensas con vínculos significativos no sanguíneos y también familias reducidas.

-Proviene de ambientes precarios (de privación sociocultural), familias con desvinculación de redes sociales, institucionales y comunitarias, asociadas a desesperanza, desconfianzas mutuas.

Adolescentes con presencia de enfermedades crónicas (infecciones respiratorias, hepatitis, desnutrición, infección de piel, dentales, entre otras), presencia de daño orgánico y otros trastornos del desarrollo: externalizados mayoritariamente en hombres e internalizado mayoritariamente en mujeres.

Adolescentes institucionalizados, con historial de contacto con instituciones formales de control social como la policía, los tribunales y los programas y Centros de SENAME. La

internación aparece como estrategia de subsistencia y como componente del estilo de vida de la familia.

Entorno referido a procesos de estigmatización en la escuela (deserción escolar), limitadas oportunidades laborales o desempeño de un trabajo informal.

Los grupos de pares tienen contornos difusos y aleatorios más que rígidamente organizados. Ellos expresan, más bien, una sociabilidad adolescente ligada al espacio de la calle, que se expresa en estos grupos informales, sin jerarquías ritualizadas ni formas de dominación particular.

Presencia y persistencia de una fuerte aspiración a la promoción social, combinada con experiencias de trastocamiento de los fines y medios socialmente aceptados para lograrla. Paternidad y maternidad adolescente. Su sexualidad, está alimentada por la difusión de la pornografía entre niños y adolescentes, hasta el punto de convertirse a veces en el principal lugar de aprendizaje de las normas sexuales. La pornografía vehicula un imaginario de separación sexo/afecto, del cuerpo/objeto y algunos modelos de performance sexual (presencia de enfermedades de transmisión sexual).

Adolescentes con un verdadero culto por la dominación masculina. Entonces, tienen prácticas de supervigilancia con la pareja, de gran ansiedad, con una exacerbación de los celos.

Los diagnósticos clínicos recurrentes al ingresar son: trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de THC con dependencia , trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de OH con dependencia , trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cocaína con dependencia , trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias , trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de THC , trastorno del aprendizaje , trastorno con déficit atencional con hiperactividad , retardo mental leve , trastorno depresivo de

moderado a severo, trastorno del aprendizaje, trastorno disocial, desorden explosivo intermitente, trastorno del desarrollo de la personalidad con rasgos borderline, trastorno bipolar II y trastornos con episodio depresivo grave.

8.6- Descripción de porcentajes analizados de la muestra.

Adolescentes con consumo múltiple de sustancias, siendo la droga principal de consumo: PBC 63,63%, OH 18,18%, THC 17,27%, COC 0,90%. Con presencia de síndrome de abstinencia severo.

Las principales sanción o medida al ingreso es la Libertad asistida simple 35,4%, Libertad asistida especial 41,8%, Cautelar medio Libre 18,18%, Semi Cerrado 2,7% y Suspensión Condicional del Procedimiento 1,8 %.

Sus edades al ingreso al tratamiento se agrupan en las siguientes formas, entre 12 y 15 años 8,18%, entre 16 y 18 años 40,9%, entre 19 y 21 años llega al 24,5% y 22 y más años representa al 26,3%.

El tiempo de permanencia se distribuye de la siguiente forma, entre 1 a 6 meses representa al 44,5%, entre 7 y 12 meses representa al 44,40% y los que estuvieron de 13 y más meses son el 15,4%.

Un dato relevante es el diagnostico biopsicosocial al ingreso a tratamiento que se determina de acuerdo a la intervención del médico y dupla psicosocial, que está representada en los siguientes datos, adolescentes y jóvenes con diagnostico biopsicosocial Severo representa al 55,4% y moderado al 44,5% del total de la muestra.

Un dato relevante analizado es su edad de inicio en el consumo de drogas, a lo cual se observa que los iniciaron entre los 08 y 10 años representa al 10% de la muestra, entre los 11 y 13 años representa al 48,1% y entre los 14 y 16 años al 41,8%.

El tipo de delito cometido que dio origen a su sanción principal se agrupan en el siguiente porcentaje, para el delito de robo es el 44,5%, hurto falta es el 18,18 %, lesiones menos graves es el 5,4%, robo con violencia es el 11,8%, robo con fuerza 2,7% y otros delitos no especificados es el 17,27% del total de la muestra.

En relación a su escolaridad al momento del egreso los datos dan cuenta de los siguientes números, adolescentes y jóvenes con su educación básica completa representa al 15,4%, en los casos que no completaron su enseñanza básica es el 64,5%, con media completa es el 0,90%, para los con su enseñanza medica incompleta es el 19,09% del total de la muestra.

Para la situación ocupacional al egreso del tratamiento los porcentajes son los siguientes: sin actividad al momento del egreso nini, representa al 80% del total de la muestra, en situación de estudiando a su egreso es el 6,3% y para los que estaban ya trabajando al momento del egreso representa al 13,6 % de la muestra.

8.6- Descripción y análisis de resultados de la efectividad en los procesos

Evaluación del Patrón de consumo al egreso del programa, los resultados muestran los siguientes valores con logro alto 16,36%, logro intermedio 56,3% y para logro mínimo 27,27% del total de la muestra.

Evaluación al egreso de las mejoras en la situación familiar, en esta variable se observan los siguientes resultados del estudio, para logro alto 17,27%, logro intermedio 50% y para logro mínimo es un 32,7%.

Resultados para mediar avances en relaciona la transgresión a la norma social al egreso del programa de tratamiento se dan los siguientes porcentajes de logro, un

32,7 obtiene logro alto, logro intermedio 43,39% y logro mínimo un 28,18%.

Evaluación general del proceso terapéutico al momento del egreso considerando todas las variables en general se dan los siguientes valores, logro alto representa al 17,27%,

Logro intermedio 49,09% y logro mínimo un 33,63% del total del N.

8.7-Resultados y análisis conclusivos.

La idea para trabajar con estas variables es contrastar la relación entre algunas características de las personas e indicadores de éxito o logro en el proceso, como las evaluaciones hechas al egreso, entre las cuales se encuentra el patrón de consumo o la transgresión a la norma social.

Lo primero que hice para ordenar el análisis fue identificar las variables cuantitativas y categóricas, pues eso define el tipo de análisis que pueden hacerse. En las cuantitativas se pueden contrastar diferencias en la edad de ingreso, tiempo de permanencia en el programa y la edad de inicio del consumo según distintas variables categóricas, como la droga principal de consumo o la escolaridad.

Pruebas basadas en Chi Cuadrado (o Prueba Exacta de Fisher cuando las celdas tienen pocos casos/recuentos esperados son muy pequeños):

-Escolaridad vs Situación Ocupacional

Acá la idea es ver si la escolaridad de la persona tiene alguna asociación con su situación ocupacional al egreso.

Patrón de Consumo vs Situación Ocupacional

Patrón de Consumo vs Escolaridad

El objetivo de esta era el de descartar que la asociación de la escolaridad o el patrón de consumo con la Situación Ocupacional fuera explicada por una asociación entre la Escolaridad y el Patrón de Consumo.

Pruebas basadas en Coeficiente de Correlación de Spearman (para variables ordinales):

- Patrón de Consumo al egreso vs Situación Familiar
- Patrón de Consumo al egreso vs Transgresión a la norma social

En estos contrastes la idea es ver si la situación familiar de las personas se asocia a su patrón de consumo al egresar del programa. Lo mismo con la transgresión a la norma social.

8.7.1-Anova de un factor

Aquí se interpreta primero la significación de la prueba F, y si es significativa descomponemos las diferencias a través del contraste post hoc de Tukey, el que entrega una tabla que resume las diferencias encontradas entre los grupos, agrupándolos según si hay diferencias o no entre ellos.

Tiempo de permanencia según Droga Principal

Se han contrastado las diferencias en la edad de ingreso al tratamiento, tiempo de permanencia en el programa (en meses) y edad de inicio del consumo según la droga principal de consumo (excluyendo a las personas que consumen cocaína puesto que es sólo una). Se han encontrado diferencias en el tiempo de permanencia, donde son las personas que consumen alcohol las que permanecen por más tiempo en los programas ($F_{2;106}=4,76$; $p<0.05$), las que permanecen en promedio 12 meses, mientras que quienes consumen PBC o THC permanecen por entre 7,5 y 8 meses. Por otro lado, no existiría una asociación con la edad de ingreso ($F_{2;106}=0,591$; $p=0.555$) ni de inicio del consumo ($F_{2;106}=1,645$; $p=0.198$).

TIEMPO DE MESES DE PERMANENCIA EN PROCESO

HSD Tukey^{a,b}

		Subconjunto para alfa =	
		0.05	
DROGA PRINCIPAL DE ADICCION	N	1	2
THC	19	7,47	
PBC	70	7,94	
OH	20		12,40
Sig.		,958	1,000

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 25,659.

b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Edad de ingreso según Nivel de Escolaridad

También existe una asociación entre el nivel de escolaridad y la edad de ingreso al programa ($F_{2;106}=6,114$; $p<0.01$), donde los adolescentes que no completan la educación básica ingresan alrededor de dos años antes que quienes la han completado.

EDAD AL INGRESO A TRATAMIENTO

HSD Tukey^{a,b}

		Subconjunto para alfa =	
		0.05	
Escolaridad reordenada	N	1	2
Básica Incompleta	70	18,56	

Media Incompleta	21	20,48	20,48
Básica Completa	18		20,72
Sig.		,053	,951

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 25,541.
- Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

8.7.2-Pruebas Chi Cuadrado

Aquí se interpreta, por un lado, el p-valor de la prueba Chi Cuadrado y, en el caso de ser significativo, se observan los residuos corregidos de las tablas cruzadas, los que permiten descomponer las diferencias encontradas en general. En este caso, los residuos corregidos se interpretan como un puntaje Z, donde valores menores a -1,96 o mayores a 1,96 indicarían que el recuento observado en esa celda es significativamente distinto del recuento esperado.

Situación Ocupacional según Escolaridad

Al comparar la situación ocupacional según la escolaridad, si bien se observa que a menor nivel de estudios menos personas están estudiando o trabajando, no habrían diferencias significativas ($p=0,077$).

*Tabla cruzada Escolaridad reordenada*S.OCUPACIONAL AL EGRESO*

S.OCUPACIONAL AL EGRESO			
Sin			
Actividad	Estudiando	Trabajando	Total

Escolaridad	Básica	Recuento	60	2	8	70
reordenada	Incompleta	R.	2,1	-2,0	-,9	
		corregido				
	Básica	Recuento	14	2	2	18
	Completa	R.	-,2	,9	-,4	
		corregido				
	Media	Recuento	13	3	5	21
	Incompleta	R.	-2,3	1,6	1,5	
		corregido				
Total		Recuento	87	7	15	109

Situación Ocupacional según Patrón de Consumo

Por otro lado, habría una asociación entre el patrón de consumo y la situación ocupacional ($p < 0.05$), donde es más probable que las personas con patrones de consumo menos problemáticos estén estudiando o trabajando.

Tabla cruzada

			Evaluación del patrón de consumo al egreso			Total
			L. Alto	L. Intermedio	L. Mínimo	
S.OCUPACIONAL AL EGRESO	Sin Actividad	Recuento	10	51	27	88
		R. corregido	-2,8	,7	1,6	
	Estudiando	Recuento	3	2	2	7
		R. corregido	2,0	-1,5	,1	
	Trabajando	Recuento	5	9	1	15
		R. corregido	1,9	,3	-1,9	
Total		Recuento	18	62	30	110

Patrón de Consumo según Escolaridad

Al comparar el patrón de consumo según la escolaridad, resultan ser independientes entre sí ($p=0,288$)

8.7.3-Correlación de Spearman

Dado que varias de las evaluaciones al egreso son hechas en una escala ordinal (logro mínimo, moderado y alto), se obtiene más información usando el coeficiente de correlación de Spearman, ya que resumirá también información sobre la magnitud y dirección de la asociación entre variables.

Al examinar la relación entre el patrón de consumo, la situación familiar y la transgresión a la normal social, se encuentran asociaciones directas y fuertes entre todas las variables ($p < 0,01$), como se puede observar en la tabla.

Correlaciones

Coeficiente de correlación

		Patrón de Consumo	Situación Familiar	Transgresión a la Norma Social
Rho	de Patrón de Consumo	1,000	,584**	,488**
Spearman	Situación Familiar	,584**	1,000	,493**
	Transgresión a la Norma Social	,488**	,493**	1,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

9- Conclusiones

Podemos concluir que no necesariamente en esta población al mayor tiempo de permanencia en el programa, tuvo un mayor éxito en el tratamiento, todo lo contrario, baja la efectividad del logro alto e intermedio, dando se con mayor frecuencia del logro alto entre el mes 9 y 13. *(Anexos Tabla 1Evaluacion del proceso terapéutico/permanencia en Proceso)*

Un dato relevante nos indica que 44 usuarios que su droga principal era PBC, no habían terminado su educación básica, concluyendo que las drogas duras interfieren el desarrollo cognitivo y la motivación de terminar educación básica siendo una variable negativa a menor educación menor el éxito de procesos. . *(Tabla 2Escolaridad al ingreso/Droga principal)*, también se puede concluir que existe una relación entre los usuarios que usan PBC como droga principal que están en 51,4% con diagnostico biopsicosocial Severo. *(Tabla 1Diagnostico biopsicosocial/droga principal de adicción)*

En relación a la evaluación al egreso de acuerdo a la droga principal se logra observar y concluir que los usuarios que su droga principal es PBC con logro alto representa al 12,8 % con logro intermedio con y un 51,4% con logro mínimo un 35,7%. *(Tabla 2Droga principal/evaluación de patrón de consumo al egreso)*

La comisión de delitos está relacionada en mayor número con los usuarios de PBC en su mayor porcentaje, y en menor porcentaje el OH, en último lugar el THC, esta variable afecta en la efectividad de resultados. *(Tabla 3Tipo delito cometido de su sanción/Droga principal de adición)*

Se concluye que existe relación en los resultados y efectividad en los resultados de los procesos terapéuticos en relación a delito y evaluación de procesos. Debido al bajo porcentaje de logro alto en relación a los usuarios que han cometido delitos y son consumidores de drogas que ingresan a tratamientos. *(Tabla 7Tipo de delito cometido de su sanción/evaluaciones de Procesos)*

Si bien es cierto son variables independientes en relación a los logros de cada área a evaluar tenemos que la relación de efectividad en procesos de tratamiento y la droga principal y además la evaluación de procesos en las áreas de familia, drogas, ocupación y transgresión a la norma social, se puede establecer que los porcentajes de éxito son bajos siendo la mayoría de logro intermedio en relaciona PBC y THC. *(Tabla 8 Droga principal de adicción/evoluciones de procesos)*

En conclusión, la relación de la edad de inicio y resultados en las variables de medición de resultados en cada área no son relevantes en relación a los avances de cada variable evaluativa del proceso. *(Tabla 9, Edad de inicio de consumo/evaluaciones de proceso).*

La presente investigación tuvo como propósito el conocer la efectividad de los procesos de tratamiento del consumo problemático de drogas para población adolescente de la Centro Terapéutico Padre Chango, respecto a la intervención que realizan bajo la aplicación de la Ley N° 20.084 sobre responsabilidad penal adolescente.) La relación de la conducta infractora y el consumo de drogas; b) La baja efectividad de los resultados en relación al egreso y el tiempo de estadía en el centro; y c) Siendo la droga principal la PBC en más del 50% de los ingresos y el poli consumo de diferentes sustancias afecta de forma negativa en las recaídas y la baja efectividad de tratamiento residencial.

Es decir, a las percepciones hacia los adolescentes que cometen infracción de ley y presentan consumo problemático de drogas, es posible observar que la mayoría de los diagnósticos biopsicosocial son Severos, presentan alta vulnerabilidad, con pocas posibilidades y/o capacidades para enfrentar las condiciones adversas del contexto en el que se desenvuelven, y en los que la variable de infracción de ley agudizaría aún más las dificultades en el proceso de desarrollo de los/as mismos/as. Así, el consumo de drogas y la comisión de delitos se darían como respuesta al contexto y a las condiciones de vida.

10- Bibliografía

- Andrews D. Bonta J. (1990). Riesgo-Necesidad-Responsividad Modelo de Evaluación y Rehabilitación de Infractores. Recuperado de:
https://www.academia.edu/35059062/Riesgo-Necesidad-Responsividad_Modelo_de_Evaluaci%C3%B3n_y_Rehabilitaci%C3%B3n_de_Infractores.
- Araya, V., Alfaro, M. y Andonegui, M. (2007). Constructivismo: Orígenes y Perspectivas. Redalyc, Vol. 13, Núm. 24, 76-92.
- Arbex, C. (2002). Guía de Intervención: Menores y Consumo de Drogas. Madrid: ADES.
- Arnett, J. (1992). Reckless behaviour in adolescence: a developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- Batres, G. (1996). La Perspectiva De Género Como Modelo De Análisis De La Violencia Familiar Y El Consumo De Alcohol Y Otras Drogas: Montevideo.
- Bennett, Trevor, Katy Holloway y David Farrington (2008). "The Statistical Association between Drug Misuse and Crime: A Meta-Analysis". *Aggression and Violent Behavior*, 13: 107-118.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356.
- Canales, M. et al. (2006). Metodologías de Investigación social Introducción a los oficios, Ediciones LOM, primera edición, Santiago.

- Cooper.Mayr, Doris .(2005). Delincuencia y Desviación Juvenil 1° Edición Santiago LOM Ediciones.
- CONACE. (2004). Programas de Tratamientos Población Infanto Adolescente. Ministerio del Interior Chile.
- CONACE. (2008). Área Técnica de Tratamiento y rehabilitación. Ministerio del Interior Gobierno de Chile.
- CONACE. (2010). Drogas, Tratamiento y Rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva: Santiago, Chile.
- Conde, F. y Santamarina, C.I.M.O.P. (1996). Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Documentos Técnicos de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Currie J. ET AL. (2001). “Prácticas Óptimas: Tratamiento y Rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas”. Ontario: Publications Health.
- David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam. (2013). Implementation Research in Health: A Practical Guide. World Health Organization.
- Díaz Aguado, M^a J. (1996). Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes. Volumen I Fundamentación psicopedagógica. . Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Sociología. (2006). “Estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en adolescentes infractores de ley”.

- Friedberg R. y McClures J. (2010). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Paidós: Madrid.
- Garmendia, María Luisa, Alvarado, María Elena, Montenegro, Mariano, Pino, Paulina. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Rev Méd Chile*; 136: 169-178
- Graña J. Rodríguez M. (2008). Programa Central de Tratamiento Educativo y Terapéutico para Menores Infractores. Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeduación y Reinserción del Menor Infractor. p.20. Recuperado de: <https://www.observatoriodelainfanciadeasturias.es/documentos/f07022012130358.pdf>
- Goldstein. P. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, Vol. 39:143-174.
- Goldstein, Paul .(1985). “The Drugs/Violence Nexus. A Tripartite Conceptual Framework”. *Journal of Drug Issues*, 39: 493-506.
- Larraín, J. (2001). *Identidad Chilena*. Santiago: LOM ediciones.
- Marina, J.A. (2000). *Crónicas de la ultramodernidad*. Anagrama. Colección Argumentos.
- Hernández R, Fernández C. Baptista P. (2014). Metodología de la Investigación sexta edición. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

- López E. (2017). Menores autores de delitos de violencia de género: Una propuesta de intervención en un contexto de internamiento. Publicaciones Didácticas. 592. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/33cf/3eef163e5d0076>
- McMurrán, Mary (Editor) .(2002). MOTIVATING OFFENDERS TO CHANGE. A Guide to Enhancing Engagement in Therapy. John Wiley & Sons Ltd. Inglaterra.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós: Barcelona.
- MINSAL. (2006). Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de enfermedades, Departamento de Salud Mental. (2006). Norma Técnica N°85. Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol-drogas y otros trastornos de salud mental. Resolución exenta N°391. Chile.
- MINSAL. (2013). Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE “Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años”. Santiago
- OEA. (2014). El informe de drogas de la OEA : 16 meses de debates y consensos. Guatemala.
- OEA. (2014). Manual para una evaluación científica y monitoreo de los Tribunales de tratamiento de drogas en las Américas.
- Olavarría M. Pantoja R. (2016). Sistema de Justicia Criminal y Prevención de la Violencia y el Delito. Documento de Asistencia Técnica. 38. Recuperado de: http://peg.usach.cl/wp-content/uploads/2016/10/at_1_esp.pdf.

Savelieva, N. (2011). Terapia Narrativa. Recuperado en:

<http://www.fundacionlafrontera.cl/wp-content/uploads/2016/05/TERAPIA-NARRATIVA-Mario-Pacheco.pdf>.

Scharager J, Healey S, Sapag J. (2010). Guía del Programa de Entrenamiento: “Hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud: Desarrollo de capacidades institucionales en evaluación de iniciativa de salud mental y adicciones”.

Selltiz .(1974). citado por Hernández, Fernández y Batista (1992) (p.210)

SENDA y MINSAL .(2013). Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas: Santiago.

SENDA .(2015). Observatorio Chileno de drogas, Décimo Primer estudio de drogas en población escolar de Chile, 8° Básico a 4° Medio.

SENDA .(2014). Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas (informe 2014) Área de tratamiento y rehabilitación SENDA).

Servicio Nacional Para La Prevención Y Rehabilitación Del Consumo De Drogas Y Alcohol, Senda Nacional .(2014). 180 Res. Aprob. Contratación compras de meses planes tratamiento. Recuperado de:
<http://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=I3+P1FZYmwfJ4q/ydbfdA==#contenidoentero>.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol .(2016). Enfoque Smart para el Diseño de Objetivos Terapéuticos para el

Tratamiento de Personas con Consumo Problemático de Drogas. Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile. P.9 Recuperado de:
http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_7308.PDF

Servicio de Salud Valdivia. (2016). Resolución Exenta n°001885. Recuperado de:
<http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/ssvaldivia/archivos/Rex.%201885%20SEDA%20Rio%20Bueno%202016.pdf>.

Rutter M. (2003). Developmental Catch-up, and Deficit, Following Severe Global Early Privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39(4):465 – 476.

Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de Reducción de Daño. Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol: Maryland, USA.*

UNICEF. (2006). *Justicia y Derechos del Niño. Santiago, Noviembre 2006, " Número 8.*

UNICEF. (2010). *Responsabilidad Penal Adolescente 1° Edición Santiago de Chile.*

Werth F. s.f. *Infractores de ley, consumo problemático de drogas y posibilidades de intervención. El Observador/ Artículos. 8-26.* Recuperado de:
http://www.sename.cl/wsename/otros/observador2/obs2_9-26.pdf,

Zazzo, B. (1972). *“Psychologie differentielle de l’adolescence”.* Paris. P.U.F.

12- ANEXOS DE TABLAS Y GRAFICOS 2007-2017

Tabla 1

		evaluación del proceso terapéutico al egreso		
		1	2	3
		Recuento	Recuento	Recuento
TIEMPO DE MESES DE PERMANENCIA EN PROCESO	1	1	2	5
	2	0	2	6
	3	1	9	3
	4	1	1	3
	5	1	3	1
	6	1	5	0
	7	0	1	2
	8	1	5	4
	9	2	3	2
	10	3	2	5
	11	3	2	1
	12	1	4	4
	13	0	6	0
	15	2	3	1
	18	1	0	0
	21	0	2	0
	24	0	1	0
	26	0	1	0
	27	0	1	0
	29	1	0	0
32	0	1		
				0

Tabla 1 Evaluación del proceso terapéutico/permanencia en Proceso

Tabla 2

		ESCOLARIDAD AL INGRESO			
		1	2	3	4
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
DROGA PRINCIPAL DE ADICCION	1	3	14	0	3
	2	2	12	0	5
	3	12	44	1	13
	4	1	0	0	0

*Tabla 2*Escolaridad al ingreso/Droga principal**Tabla 3**

		DIAGNOSTICO BIOPSIOSOCIAL AL INGRESO	
		1	2
		Recuento Severo	Recuento moderado
DROGA PRINCIPAL DE ADICCION	1	12	8
	2	12	7
	3	37	33
	4	0	1

*Tabla 4*Diagnostico biopsicosocial/droga principal de adicción**Tabla 4**

		DROGA PRINCIPAL DE ADICCION			
		1	2	3	4
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
evaluación patrón de consumo al egreso	1	5	4	9	0
	2	12	9	41	0
	3	3	6	20	1

*Tabla 5*Droga principal/evaluación de patrón de consumo al egreso

Tabla 5

		TIPO DE DELITO COMETIDO DE SU SANCION					
		1	2	3	4	5	6
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
DROGA PRINCIPAL DE ADICCION	1	8	6	3	1	0	2
	2	8	3	1	3	1	3
	3	33	11	2	8	2	14
	4	0	0	0	1	0	0

*Tabla 6 Tipo delito cometido de su sanción/Droga principal de adicción***Tabla 6**

		EDAD DE INICIO DEL CONSUMO									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	18
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
DROGA PRINCIPAL DE ADICCION	1	0	0	1	4	7	2	1	4	1	0
	2	1	0	2	4	2	2	8	0	0	0
	3	0	1	6	4	14	14	17	10	3	1
	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Tabla 6 Edad de inicio del consumo/droga principal de adicción

Tabla 7

		TIPO DE DELITO COMETIDO DE SU SANCION					6
		1	2	3	4	5	
Evaluación del proceso terapéutico al egreso	1	9	6	1	2	1	0
	2	22	5	3	5	1	18
	3	18	9	2	6	1	1
Evaluación patrón de consumo al egreso	1	9	5	0	2	1	1
	2	26	7	5	5	1	18
	3	14	8	1	6	1	0
Evaluación al egreso según situación familiar al egreso	1	8	4	2	3	1	1
	2	23	6	3	8	1	14
	3	18	10	1	2	1	4
Trasgresión a la norma social al egreso	1	19	7	2	5	2	1
	2	16	4	3	5	0	15
	3	14	9	1	3	1	3

Tabla 7 Tipo de delito cometido de su sanción/evaluaciones de Procesos

Tabla 8

		DROGA PRINCIPAL DE ADICCION			
		1	2	3	4
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Evaluación del proceso terapéutico al egreso	1	5	5	9	0
	2	10	8	36	0
	3	5	6	25	1
Evaluación patrón de consumo al egreso	1	5	4	9	0
	2	12	9	41	0
	3	3	6	20	1
Evaluación al egreso según situación familiar al egreso	1	5	6	8	0
	2	11	8	35	1
	3	4	5	27	0
Trasgresión a la norma social al egreso	1	6	7	23	0
	2	7	8	27	1
	3	7	4	20	0

Tabla 8 Droga principal de adicción/evoluciones de procesos

Tabla 9

		EDAD DE INICIO DEL CONSUMO									Recuento
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	
evaluacion del proceso terapeutico al egreso	1	0	0	1	3	4	3	3	2	3	0
	2	1	0	7	4	10	7	13	11	0	1
	3	0	1	1	5	9	8	11	1	1	0
evaluacion patron de consumo al egreso	1	0	0	3	3	4	2	2	3	1	0
	2	1	0	4	5	11	12	16	10	2	1
	3	0	1	2	4	8	4	9	1	1	0
evaluacion al egreso según situacion familiar al egreso	1	0	0	2	2	5	1	5	2	1	1
	2	0	0	4	6	9	8	16	10	2	0
	3	1	1	3	4	9	9	6	2	1	0
trasgrecion a la norma social al egreso	1	0	0	3	4	7	6	8	5	3	0
	2	0	0	4	5	9	6	10	7	1	1
	3	1	1	2	3	7	6	9	2	0	0

Tabla 9, Edad de inicio de consumo/evaluaciones de proceso